



Lääkärin etiikka

Lääkärin etiikka

Lääkärietiikka

8. painos

Julkaisija:

Suomen Lääkäriliitto

Mäkelänkatu 2, PL 49, 00501 Helsinki

Puhelin: 09 393 091

laakariliitto@laakariliitto.fi

www.laakariliitto.fi

Graafinen suunnittelu:

PPD Studio

Kannen kuva:

123rf.com

Kuvituskuvat:

Adobe/AOP

Paino:

Painotalo Plus Digital Oy Lahti 2021

ISBN 978-951-9433-74-5 (painettu)

ISBN 978-951-9433-75-2 (verkkójulkaisu)

Lääkäriin etiikka



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET



Suomen Hammaslääkäriliitto
Finlands Tandläkarförbund

TOIMITUSKUNTA

Päätöimittaja *Mervi Kattelus*

Toimittaja *Suvi Sariola*

Toimituskuntana toimi Suomen Lääkäriliiton eettinen neuvottelukunta, johon vuonna 2020 kuuluivat seuraavat henkilöt:

Ritva Halila (pj.)

Susanne Ekblom-Kullberg

Harriet Finne-Soveri

Ulla Hautanen

Teppo Heikkilä

Tiina Hetemaa

Kari-Pekka Martimo

Kalle Mäki

Marjo Parkkila-Harju

Joonas Rautavaara

Noora Ritamäki

Heli-Maria Salmi

Tom Silfvast

Leena Varesmaa-Korhonen

Kati Myllymäki

Mervi Kattelus (siht.)

ASiantuntijat

Lääkärin etiikka -kirjan 8. painoksen artikkelien laadintaan ovat Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan jäsenten lisäksi osallistuneet seuraavat asiantuntijat:

Johanna Aaltonen

Kristiina Aittomäki

Anna-Kaisa Anttonen

Hannu Halila

Jaana Hallamaa

Visa Honkanen

Minna Kaila

Marja Kaila-Vanhatalo

Liisa Katajamäki

Ilmo Keskimäki

Kari Kesseli

Anna-Maria Koivusalo

Joni Komulainen

Helena Kääriäinen

Satu Lahti

Patrik Lassus

Veikko Launis

Kati Lehtonen

Marko Lempinen

Niklas Lindblad

Kirsi Liukkonen

Marjukka Mäkelä

Heikki Mäkisalo

Hanna Nohynek

Arno Nordin

Risto Pelkonen

Markus Perola

Pekka Pinola

Eeva Pyörälä

Heikki Pälve

Heikki Pärnänen

Hannele Pöyry

Matti Pöyry

Mika Rautanen

Kirsi Ruuhonen

Kaj Rönnberg

Samuli Saarni

Tiina Saarto

Antti Sajantila

Pertti Saloheimo

Nora Savanheimo

Salla Silvola

Kaarlo Simojoki

Anni Virolainen-Julkunen

Lauri Vuorenkoski

Tuula Wahlman-Calderara

Lukijalle

Lääkäriin etiikka -kirjan kahdeksanteen painokseen on lisätty useita esillä olleita lääkäriin ja terveydenhuollon etiikkaan liittyviä aiheita. Aiemmat tekstit on päivitetty ja vuoden 2020 loppuun mennessä tehdyt lakimuutokset on huomioitu. Edelliseen painokseen lisätyt suun terveydenhuollon osiot on ajantasaistettu. Lääkäreille ja hammaslääkäreille yhteisiä eettisiä kysymyksiä on käsitelty myös muissa kirjan artikkeleissa. Tapauskuvaukset on arvioitu ja tarvittaessa uudistettu. Lisälukemistoja on laajennettu. Edelleen kirja jakautuu alun filosofisiin asiantuntija-artikkeleihin ja suurimman osan kirjaa kattaviin Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan kannanottoihin. Eutanasiaa ja lääkäriavusteista itsemurhaa koskevan artikkelin linjaukset on hyväksynyt Suomen Lääkäriliiton valtuuskunta.

Kirjan toimituskuntana on toiminut Suomen Lääkäriliiton eettinen neuvottelukunta. Neuvottelukunta on yhteistyöelin, johon on vuodesta 2011 kuullut edustajat Suomen Lääkäriliitosta, Suomalainen Lääkärisseura Duodecimista, Finska Läkaresällskapetista ja Suomen Hammaslääkäriliitosta. Lisäksi neuvottelukunnan kokouksiin ja kirjatekstien kommentointiin osallistui Hammaslääkäriliiton edustajana Tuula Wahlman-Calderara. Kirjatekstit – uudet ja vanhat – on editoinut Suvi Sariola. Kirjan eri artikkeleiden kirjoittamistyössä on ollut mukana monia alansa asiantuntijoita. Kaikki tekstit ja kannanotot on käyty läpi ja hyväksytty neuvottelukunnassa vuoden 2020 aikana. Lämmin kiitos kuuluu asiantuntijoille ja neuvottelukunnan jäsenille, jotka muiden kiireidensä ohella hyvin poikkeuksellisenä aikana ovat mahdollistaneet kirjan valmistumisen ripeässä tahdissa.

Kirja julkaistaan verkkoversiona ja se on saatavana myös painettuna. Toivomme, että kirjasta on apua lääkäriin ja hammaslääkäriin työn arjessa, jossa eettisesti haastavia valintatilanteita tulee usein eteen. Vaikka kirjan aihepiiriä on laajennettu, on selvää, että kaikkia lääkäriin ja hammaslääkäriin käytännön työssä eteen tulevia tilanteita on vaikea yhteen teokseen sisällyttää. Kirja kuitenkin antaa lääkäriin ja hammaslääkäriin eväät kehittää omaa eettistä ajatteluaan ja eettisen analyysin tekemistä eri tilanteissa.

Keravalla 12.2.2021

Mervi Kattelus

päätoimittaja

Sisälllys

Lääkärinvala	10
Autonomia lääkärin työssä	11
Etiikka ja professio Heikki Pälve	13
Potilas ja lääkäri Risto Pelkonen	17
Hammaslääkärin etiikka on lääkärin etiikkaa Ulla Hautanen, Matti Pöyry	20
LÄÄKÄRIN ETIIKAN FILOSOFISET PERUSTEET	22
Etiikan merkitys lääkärin työssä Jaana Hallamaa	23
Lääkintä- ja hoitoetiikan peruseriaatteet Veikko Launis	28
Eettisten ongelmien ratkaiseminen käytännössä Samuli Saarni	34
Etiikka, eettiset julistukset ja laki Salla Silvola, Kirsi Ruuhonen	38
Näkökulmia terveydenhuollon oikeudenmukaisuuteen Ilmo Keskimäki	42
POTILAS-LÄÄKÄRISUHDE	46
Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet	47
Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset	51
Vuorovaikutus potilaan ja lääkärin kohtaamisessa	56
Kulttuurien kohtaaminen lääkärin vastaanotolla	60
Oikeus terveyteen ja velvollisuus antaa hoitoa maassa oleskeleville	64
Salassapitovelvollisuus ja sen poikkeukset	68
Potilasasiakirjat	75
Potilasvahingot, hoitohaitat ja hoitovirheet	80
Tieteellinen näyttö ja hoitopäätökset	86
Uskomushoidot	89
Plasebohoitojen etiikka	92
Potilastietojen hyödyntäminen	94
ELÄMÄN ALKU JA RASKAUSAIKA	98
Syntymättömän ihmisarvo ja oikeudet	99
Raskauden ehkäisy ja keskeyttäminen	102
Lapsettomuuden hoito	105
Perinnöllisyysneuvonta	110
Alkio- ja sikiödiagnostiikka	112
Perimän tutkiminen ja siihen vaikuttaminen	115
LAPSET JA NUORET	118
Lapsi ja nuori potilaana	119
Vastasyntyneisyyskauden eettiset erityiskysymykset	124
Lapsen kaltoinkohtelu	127
Tyttöjen sukuelinten silpominen	129
Poikien ympärileikkaus	131
MIELENTERVEYS-, PÄIHDE- JA MUISTISAIRAAT POTILAAT	136
Mielenterveyden häiriöiden hoidon eettisiä erityiskysymyksiä	137
Itsetuhokäyttämisen tunnistaminen ja ehkäisy	141
Potilaan päihdeongelma	143
Muistisairaana potilaan hoito	147
Oikeudellinen toimintakyky ja edunvalvonta	150
HOIDON ERITYISKYSYMYKSIÄ	154
Vaaralliset tartuntataudit	155
Tehohoito	159
Elin- ja kudossiirrot	162
Kehitysvammaisen potilaan hoito	167
Urheilija ja lääkäri	170
Geenitestit	175

Etälääketiede	179
Esteettiset hoidot	183
Sukupuoli-identiteetin erilaiset ilmentymät	185
SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA KOROSTUVIA KYSYMYKSIÄ	190
Omahoito, elintavat ja vastuu suunterveydestä	191
Tarpeenmukaisen hoidon ja voimavarojen ristiriita suun terveydenhuollossa	193
Pelkäävä potilas hammaslääkärin vastaanotolla	198
Työnjako, tiimityö ja hoidon porrastus suun terveydenhuollossa	200
ELÄMÄN LOPPU	202
Lähellä kuolemaa	203
Hoitotahto	208
Saattohoito	210
Eutanasia ja avustettu itsemurha	214
Kuolemansyyn selvittäminen ja kuolleiden oikeudet	221
LÄÄKÄRI JA YHTEISKUNTA	226
Lääkäri ja potilas muuttuvassa yhteiskunnassa	227
Priorisointi terveydenhuollossa	231
Johtaminen terveydenhuollossa	237
Medikalisaatio	241
Konsumerismi	244
Tekoälyn etiikka lääkärin työssä	247
TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA SAIRAUKSIEN ENNALTAEHKÄISY	252
Terveyden edistäminen ja terveysneuvonta	253
Seulontatutkimukset terveydenhuollossa	256
Rokotusten etiikka	260
LÄÄKÄRI JA PROFESSIO	264
Professionalismi ja kollegiaalisuus	265
Lääkärin työn oikeudellistuminen	269
Lääkäri, julkinen esiintyminen ja sosiaalinen media	271
Lääkärin työkyky ja terveyspalvelujen käyttö	274
Läheisen lääkärinä	278
Lääkärien toiminnan valvonta	279
LÄÄKÄRI, POTILAS JA KOLMAS OSAPUOLI	284
Yksityinen ja julkinen terveydenhuolto	285
Lääkärin esteellisyys	289
Lääkäri lausunnonantajana	292
Lääkäri ja teollisuus	295
Lääkäripalvelujen markkinointi	298
Vakuutuslääketiede	300
Lääkärinä työterveyshuollossa	304
Työkyvyttömyyden arviointi	307
Vankien lääkäri	310
Lääkäri, puolustusvoimat ja sota	314
KOULUTUS JA TUTKIMUS	320
Opetus, oppiminen ja etiikka	321
Jatkuva ammatillinen kehittyminen	324
Opetuspotilaan asema	327
Läketieteellisen tutkimuksen etiikkaa	330
Läketieteellinen julkaisutoiminta	336
Eettiset toimikunnat ja neuvottelukunnat	339

Lääkärinvala

Vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta pyrkiväni lääkärintoimessani palvelemaan lähimmäisiäni ihmisyyttä ja elämää kunnioittaen. Päämääränäni on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.

Työssäni noudatan lääkärin etiikkaa ja käytän vain lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä. Tutkimuksia ja hoitoja suositellessani otan tasapuolisesti huomioon niistä potilaalle koituvan hyödyn ja mahdolliset haitat.

Pidän jatkuvasti yllä korkeaa ammattitaitoani ja arvioin työni laatua.

Suhtaudun kollegoihini kunnioittavasti ja annan heille apuani, kun he potilaita hoitaessaan sitä pyytävät. Rohkaisen potilaitani kysymään tarvittaessa myös toisen lääkärin mielipidettä.

Kunnioitan potilaani tahtoa. Pidän salassa luottamukselliset tiedot, jotka minulle on potilaita hoitaessani uskottu. Täytän lääkärin velvollisuuteni jokaista kohtaan ketään syrjimättä enkä uhkauksestakaan käytä lääkärintaitoani ammattietiikkani vastaisesti.



Autonomia lääkärin työssä

1. Suhtaudun kaikkiin työtovereihini arvostavasti. Kollegiaalisuus koskee kaikkia lääkäreitä ja on eräs lääkäriprofession autonomian peruspilareista.
2. Huolehdin ammattitaitoni ylläpitämisestä ja kehittämisestä sekä täydennyskoulutukseen osallistumisesta.
3. Pitäydyn lääketieteellisesti perustelluissa ja yleisesti hyväksytyissä tutkimusmenetelmissä ja hoidoissa.
4. Noudatan työssäni ammattikunnan yhdessä sopimia hoitolinjauksia ja -suosituksia potilaan yksilöllisen tilanteen huomioiden.
5. Taloudellisen voiton tavoittelu ei vaikuta tutkimus- ja hoitopäätöksiini.
6. Pyrin kustannusvaikuttavuuteen, jotta terveydenhuoltomme resurssit tulevat tehokkaasti käytetyiksi.
7. Hoitavana lääkärinä toimin lääketieteellisenä asiantuntijana objektiivisesti potilaan parhaaksi - Muistan objektiivisuuden ja perusteluvollisuuden myös lausunnoissani.
8. Markkinoin palveluita asianmukaisesti, jotta potilas saa tietoa ja tukea hakeutuessaan hoitoon.
9. Muistan yritysysteistyössä avoimuuden ja pyrkimyksen riippumattomuuteen sekä vältän eturistiriitoja.
10. Toimin mediassa ammatillisesti ja eettisesti vastuullisesti.

Etiikka ja professio

Heikki Pälve, lääkintöneuvos

Etiikan opiskelu valmistaa lääkäriä tunnistamaan eettisesti haastavat tilanteet ja toimimaan mahdollisimman ammattimaisesti. Eettiset periaatteet pysyvät tai muuttuvat hitaasti, mutta yhteiskunnan nopeat muutokset tuovat lääkäreille uusia eettisiä haasteita.

Professio tarkoittaa ammattia, jonka harjoittajia yhdistää vaativa tieteellinen koulutus ja ammatinharjoittamiseen liittyvä vankka moraaliarvopohja, lääkärin ammatissa lääkärin etiikka. Luottamus on profession ylläpitämisen keskeinen edellytys.

Lääkäriprofession etiikan ja lain ollessa ristiriidassa lääkärin tulee ensisijaisesti noudattaa ammattikuntansa eettisiä periaatteita.

Läketieteen etiikka tuo eettisen argumentaation lääketieteelliseen päätöksentekoon. Läketieteen etiikka nostaa esiin kysymyksiä potilaan ja lääkärin arvoista, oikeuksista ja velvollisuuksista ja on siten mukana lääkärin päivittäisessä potilastyössä koko ammattiuuran ajan. Etiikan opiskelu valmistaa lääkäriä tunnistamaan eettisesti haastavat tilanteet ja toimimaan mahdollisimman rationaalisesti ja ammattimaisesti. Eri lääkärisukupolvet ovat kohdanneet työssään samankaltaisia potilashoidon ongelmia, mutta ratkaisut saattavat muuttua ajan myötä. Eettisesti hyväksyttävä toiminta siis muuttuu ajassa, ja lisäksi jokaisella ajalla on uusia hoitoon liittyviä eettisiä pulmia. Ilman toiminnan vahvaa eettistä pohjaa professio voi vaarantaa hyväksyttävyytensä ja yksittäisellä lääkärillä on vaara uupua tai kyynistyä työssään.

Lääkärin etiikka on profession yhteistä maailmanlaajuisesti ja yhdistää siten maailman lääkäreitä niin yksilöinä kuin professiona. Toisaalta lääkärin etiikka antaa vahvan tuen yksittäisen potilaan hoitoon ja tukee yksittäisen lääkärin työhyvinvointia ja työssä jaksamista.

LÄÄKETIETEEN ETIIKKA SYNTYY

Ettinen toimintatapa on ollut osa lääkärin työtä jo 2 500 vuoden ajan. Hippokrateen valan mukaan lääkärin tehtävänä on edistää potilaan parasta, välttää vahingon tuottamista sekä vaalia potilaan luottamuksen ja potilassalaisuuden säilyttämistä. Lääkärin ensisijainen velvoite on ollut huolehtia potilaan sairauden hyvästä hoidosta.

Hallitsijat ovat hyvin varhain pyrkineet vaikuttamaan lääkärin toimintaan erilaisilla säädöksillä. Vanhimmat tunnetut lääkärin oikeuksia ja velvollisuuksia koskevat säädökset sisältyvät Babylonian kuninkaan Hammurabin hallintokauden (1792–1750 eKr.) lakikokoelmaan. Se sisälsi myös rangaistuksia lääkärin huolimattomuuden tai taitamattomuuden seurauksena aiheutuneista hoitokuolemista ja muista virheistä. Nämä säädökset ovat toistatuhatta vuotta vanhempia kuin varhaisimmat tuntemamme lääkärin eettiset ohjeet.

Lääkieteen etiikka kehittyy ajan myötä, ja uudet hoitomuodot luovat uusia eettisiä kysymyksiä. Historiallinen lääketieteen etiikka keskittyi yksittäisen potilaan hoidon kliiniseen problematiikkaan. Lääkäri on saattanut perustaa hoitopäätöksensä omaantuntoonsa, intuition, kokemukseensa ja yleisiin toimintatapoihin. Luonnontieteelliseen tutkimukseen perustuva lääketiede on sangen nuorta. Historiallinen lääkinetiikka keskittyi myös enemmän asioihin, joita nykyisin pidetään lähinnä käyttäytymisetikettiin kuuluvina. Tällaisia asioita ovat konsultaatiotavat, lääkärin arvonmukainen käytös potilaita ja kollegoja kohtaan, oikea suhtautuminen opettajiin ja kollegiaalinen tapa ilmoittaa vastaanotosta.

LÄÄKÄRIN ETIIKAN KEHITYKSEN UUSI AIKA

Lääkieteen etiikka kehittyi uudenslaiselle ja aiempaa laajemmalle käsitte pohjalle toisen maailmansodan seurauksena. Sekä natsi-Saksan että Japanin lääkärit syyllistyivät rikoksiin ihmisyyttä vastaan muun muassa tekemällä epäinhimillisiä kokeita sotavangeilla. Nürnbergin oikeudenkäynnissä seitsemän tiedemiestä – suurin osa heistä lääkäreitä – tuomittiin kuolemaan rikoksista ihmisyyttä vastaan. Oikeudenkäynnissä vahvistettiin kymmenen periaatetta, joita lääkäreiden on noudatettava suorittaessaan ihmisiin kohdistuvia kokeita (Nürnbergin säännöstö). Maailman lääkäri liitto (World Medical Association, WMA) perustettiin nopeasti tämän tuomion jälkeen syksyllä 1947 valvomaan ja edistämään lääkärin etiikkaa. Seuraavana vuonna WMA hyväksyi Geneven julistuksen (Hippokrateen valaan pohjautuva lääkärinvala). Lääkärintyön eettinen pohdinta ei enää voinut koskea vain kollegoiden välisiä käytöstapoja.

Uuden ajan lääkinetiikka perustuu historialliseen lääkinetiikkaan, mutta sen käsitteet koskevat laajemmin koko yhteiskuntaa. Se kiinnittyy aikaisempaa vähemmän yhteiskunnan valtarakenteisiin. Samalla yksilön näkökulmaa on vahvistettu. Uuden ajan lääkinetiikka korostaa potilaan voimaannuttamista ja voimaantumista (empowerment). Lääketieteellinen paternalismi – potilaan parhaaksi toimiminen häneltä sen kummemmin kysymättä – on saanut väistyä potilaan itsemääräämisoikeuden ja aktiivisen osallistamisen hyväksi. Sosiaalisen ja uskonnollisen moniarvoisuuden kunnioittamisen merkitys on kasvanut.

Lääketieteen tutkimus- ja hoitomenetelmät kehittyvät nopeasti. Potilaita on mahdollisuus hoitaa yhä vaikuttavammilla, mutta myös kalliimmilla teknologioilla. Elämän pidentäminen, potilaan psyyken ja jopa geneettisten ominaisuuksien muuttaminen on mahdollista. Lisään-tymislääketieteen mullistus pakottaa pohtimaan aiemmin kyseenalaistamattomia ajatustapoja. Lääketieteen kehitys nostaa eettisiä ongelmia sekä yksilöiden hoidon että yhteiskunnan tasolla. Myös lääketieteen etiikka on kehittynyt entistä analyttisemmäksi ja argumentoitvammaksi. Tästä huolimatta perinteinen lääkärin etiikka – profession normit ja standardit – muodostaa edelleen lääkärin etiikan perustan. Eettisessä tarkastelussa on perinteisesti arvioitu yhden potilaan hoitoa. Nykyisin on arvioitava myös potilasryhmien ja koko väestön hoitoa ja parasta.

Lääketieteen nopea kehitys ja sitä seurannut hoitomahdollisuuksien ja resurssien kasvava kuilu on johtanut siihen, että yhteiskunnan pyrkimys ohjata lääkinetiötä voimistuu. Tämän takia lääkärin etiikka on entistä enemmän osa laajempaa yhteiskunnallista keskustelua eikä voi enää rajoittua profession sisälle. Lääketiede, lääkärin etiikka, kollegiaalisuus ja ammatin autonomia ovatkin muodostamassa kehikon, jossa yritetään löytää edellytykset lääkärin työlle, luottamukselliselle potilas-lääkärisuhteelle sekä oikeudenmukaiselle terveydenhuollon palveluiden järjestämiselle yhteiskunnassa. Tasapainon löytämisessä korostuu lääkäri-profession yhtenäisyyden merkitys niin lääkäreille, potilaille kuin yhteiskunnalle. Lääkärin etiikka on yksi tärkeä professiotamme yhdistävä tekijä.

PROFESSIO

Professio on vahvan ja arvostetun yhteiskunnallisen aseman saavuttanut ammatti. Profession asema perustuu erikoisosaamiseen, johon sen jäsenet ovat saaneet ainakin osittaisen ja usein lakisääteisen monopoliaseman. Lääkärillä on lakisääteinen yksinoikeus diagnoosin tekemiseen ja hoidon määrittämiseen sekä potilaan ottamiseen sairaalahoitoon – jopa vastoin potilaan tahtoa. Profession kuuluvan ammattihenkilön asemaan liittyy myös tavallista suurempi autonomia työnteossa. Tyypillisiä ja vanhimpia professioita ovat papin, lääkärin ja asianajajan ammatit.

Profession tunnusmerkkejä ovat teoreettiseen tietoon perustuva osaaminen, koulutuksen ja harjoituksen tarve, alatyypilliset erityissäännöt, kuten papin rippisalaisuus, sekä ryhmän jäsenten taitojen testaaminen ja ylläpito. Professio voi saada ja ylläpitää ammatillisen autonomiansa vain kykenemällä vastaamaan tyydyttävästi yhteiskunnan muuttuviin, lausuttuihin ja usein myös lausumattomiin toiveisiin, jotka profession kohdistuvat.

Lääkäriprofession ammattieettisiä velvollisuuksia ovat altruismi, korkea ammattitaito ja sen ylläpitäminen, lääkärin etiikan yleisten periaatteiden noudattaminen, humanisten arvojen kunnioittaminen ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteuttaminen. Lääkärit ovat ansainneet kliinisen autonomiansa usean sukupolven eettisen ja ammattitaitoisen työn perusteella. Vain tällä tavoin se voidaan säilyttää myös tuleville lääkärisukupolville.

Profession kliinisen autonomian toteuttamisen tärkeä ehto on, että päätöksentekijät ja palvelujen käyttäjät luottavat profession edustajiin.

Luottamukseen kuuluu myönteinen käsitys

1. ammattilaisten tiedollisesta ja taidollisesta osaamisesta
2. profession toteutettavaksi annettuihin päämääriin sitoutumisesta
3. toiminnan moraalisesta laadusta
4. jatkuvasta halusta kehittää omaa toimintaa.

Luottamukseen kuuluu profession riippumattomuuden kunnioittaminen ja varjeleminen. Luottamus voi heikentyä ”yleisten” yhteiskunnallisten syiden vuoksi mutta myös profession jäsenten oman toiminnan takia.

Mitä vahvemmin päättäjät haluavat varmistaa saavansa kaiken mahdollisen profession tuottaman hyvän, sitä vähemmän professionille sallitaan itsenäisyyttä, liikkumatilaa ja päätösvaltaa. Samalla kuitenkin hupertuvat luottamusta ylläpitävät ja edistävät rakenteet. Luottamuksen heikennyttä eivät hyvätkään tavoitteet johda onnistuneeseen toimintaan, vaan lopputulos on kaikkien kannalta epätydyttävä tai huono. Siten lääkärin etiikka ja lainsäädäntö eivät saisi koskaan joutua ristiriitaan keskenään.

Profession sisäistä hyvää ei voi vaalia eikä ylläpitää ulkopuolelta. Valvontaa ja sanktioita tarvitaan äärimmäisinä keinoina, mutta niiden avulla ei voida luoda kestäviä ja eettisesti korkeatasoisia käytäntöjä. Vain professio, joka arvostaa, vaalii ja edistää keskeisiä arvojaan ja niiden mukaista toimintaa, voi asettaa kestäviä päämääriä ja vaalia ammattikuntansa moraalista autonomiaa. Lääkärin etiikka ei ole vain toimintaa potilaan parhaaksi, vaan se on myös yksi tärkeä lenkki vahvistamassa ammattikunnan toimintaedellytyksiä yhteiskunnassa.

Euroopan maissa on tavallista, että lääkäriprofessionille on annettu lainsäädännössä valta säännellä toimintaansa. Ison-Britannian General Medical Council rekisteröi lääkärit ja käsittelee ammatinharjoittamisen rajoitukset ja poistot sekä vaalii hyvää lääketieteellistä toimintatapaa. Lisäksi se valvoo lääkärikoulutusta. Pohjoismaissa nämä viranomaistehtävät on otettu professionilta pois. Vielä 1950–60-lukujen taitteessa Suomen Lääkäriliitto rekisteröi erikoislääkärit ja valvoi koulutuksen asianmukaisuutta.

LÄÄKÄRIN ETIIKKA JA LAKI

Lääkärinvalassa lääkäri vannoo: ”Täytän lääkärin velvollisuuteni jokaista kohtaan ketään syrjimättä enkä uhkauksestakaan käytä lääkärintaitoani ammattietiikkani vastaisesti”. Tämän taustalla ovat toisen maailmansodan kokemukset. Syytteeseen asetetut lääkärit vetosivat siihen, että he olivat noudattaneet esimiestensä määräyksiä ja yleistä lakia.

Laki ja lääkärin etiikka eivät yleensä ole vastakkain, ja niiden välinen suhde on kaksisuuntainen. Laki asettaa raamit, joiden sisällä eettisiä valintoja voidaan käytännössä tehdä, mutta etiikka asettaa raamit, joiden sisällä lakia vapaaehtoisesti noudatetaan ja kunnioitetaan. Lain tulee ilmentää yhteiskunnan ajassa muuttuvia arvoja ja toiveita. Lakeja säädettäessä lääkäreiltä kysytään – ja tuleekin kysyä – miten laki vaikuttaa profession kykyyn selviytyä yhteiskunnan sille asettamien velvoitteiden hoitamisesta.

Lääkärin etiikan perinteinen arvo on jo Hippokrateen valassa mainittu potilassalaisuuden vaaliminen. Moderni yhteiskunta haastaa potilassalaisuuden ylläpitämisen monella tavalla. Potilaskortistot eivät ole enää lääkärin henkilökohtaista arkistoa. Kaiken tiedon siirtäminen sähköisesti on nykyisin helppoa ja nopeaa. Potilastietojen toissijainen hyödyntäminen on mahdollistettu lailla. Yleisen yhteiskunnallisen turvallisuuden ylläpitämiseksi yhä useammat viranomaiset ovat kiinnostuneita potilastiedoista. Potilaan oikeus tietojensa luottamuksellisuuteen on yhä useammin ristiriidassa toisen tahon tiedonsaantivaatimusten kanssa. Eettiset käsitteet ovat osa tämän moraalisen ongelman ratkaisua. Maailman lääkäriliitto on nähnyt tärkeäksi toistaa näkemyksensä, jonka mukaan lääkärin etiikan ja lain ollessa ristiriidassa lääkärin tulee noudattaa ammattikuntansa etiikkaa. Vain siten lääkäriprofessio voi säilyttää potilaiden luottamuksen myös tulevaisuudessa. Joissakin maissa epäluottamus viranomaisten toimintaan ja lainsäädännön muutokset ovat jo johtaneet lääkärin vastaanottoihin, joilta ei synny potilaskertomusmerkintöjä yhteisiin rekistereihin.

LÄÄKÄRIN ETIIKAN KULMAKIVET

Läketieteen opetuksen yhteydessä lääkärit oppivat kriittisesti arvioimaan sekä omaa että potilaan käyttäytymistä ja näihin vaikuttavia seikkoja. Jokaisella lääkärillä on osin omasta elämästään kumpuava näkemys, miten lääketieteen keinoin voidaan saavuttaa yksittäisen potilaan paras. Vaikka ihmisillä olisi erilainen uskonnollinen, filosofinen, kulttuurinen tai poliittinen mielipide tahi kansalaisuustusta, heidän on kuitenkin suhteellisen helppo hyväksyä lääketieteen etiikan keskeiset periaatteet. Hyvän tekeminen (beneficence), pahan välttäminen (non-maleficence), ihmisyyden ja ihmisen autonomian kunnioittaminen sekä oikeudenmukaisuus muodostavat lääkäreitä kaikissa maissa ja kulttuureissa ympäri maailman yhdistävän perustan, johon potilashoidon tulee pyrkiä. Kun lääkäri huomioi ongelmatilanteissa nämä periaatteet, hän ei välttämättä saa yhtä yksiselitteistä vastausta, mutta eettisesti tukevan pohjan päätöksenteolle kuitenkin.

Suomen Lääkäriliiton valtuuskunta on hyväksynyt lääkärin perusarvot ja määritellyt Lääkäriliiton tehtävät. Suomen Lääkäriliiton perusarvoja ovat ihmisyyden, elämän kunnioittaminen, kollegiaalisuus, eettisyys ja korkea ammattitaito. Suomen Lääkäriliiton tehtävä on yhdistää lääkärit ammattikuntana ja kehittää sekä ylläpitää lääkäreiden yhteisiä ammatillisia arvoja ja edistää lääkäriprofessiota.

Sitoutuessaan yhteiskunnan arvostamaan etiikkaan professionaalisuudella on oikeus odottaa potilaidensa luottamusta ja arvostusta, toimintavapautta sekä oikeus odottaa tulevaisuutta kuulluksi terveydenhuollon päätöksenteossa. Vapaus tuo aina mukanaan vastuuta, ja lääkäreiden on kehi-

tettävä etiikkaansa ajanmukaisesti. Yhteiskunnalla on oikeus odottaa, että lääkärit noudattavat etiikkaansa ja toimivat potilaansa ja sitä kautta yhteiskunnan parhaaksi. ■

Lisätietoja:

WMA:n Geneven julistus: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>

Potilas ja lääkäri

Risto Pelkonen, arkkiaatri

Hoitotapahtuma on potilaan ja lääkärin kahdenkeskinen asia.

Lääkäri päättää täysivaltaisen potilaan tutkimuksista ja hoidosta – yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä on koko monikerroksisen suomalaisen terveydenhuollon eettinen ja oikeudellinen perusta.

Jokaisessa hoitosuhteessa on kaksi tasoa: älyllinen ja humanistinen. Älyllisyys tarkoittaa analyttistä lähestymistapaa ja seikkaperäistä yksityiskohtiin paneutumista potilaan tilaa selvitettyä. Humanistisella tasolla kohdataan apua hakeva ihminen ainutlaatuisena persoonana ja hahmotetaan hänen sisäistä maailmaansa sairauden aiheuttamien oireiden ja kärsimysten kautta. Lääkäri on yhtä aikaa etäinen asiantuntija ja läheinen, ymmärtävä ihminen.

Lääkäri on hyvän elämän asialla ja kuolemassa mukana. Lääkintätaidon tavoitteena on edistää kansalaisten terveyttä ja jouduttaa sairaan paranemista, auttaa sairasta ihmistä lievittämällä hänen oireitaan ja kärsimyksiään, estää enneaikainen kuolema ja sallia kuolema silloin, kun on sen aika. Tieteen käsitykset muuttuvat tiedon karttumisen myötä ja menetelmät kehittyvät, mutta hyvän tavoittelu ja vahingon välttäminen ovat pysyviä arvoja. Auttamisen eetos on lääkintätaidon humanistinen ydin ja lääkärin työn ikiaikainen moraali-peruste. Tiede, tieto ja tekniikka ovat lääkärin työn välttämättömiä välineitä, mutta päämääränä on potilaan paras.

Tutkittuun tietoon perustuva lääkintätaito on varmimman tiedon kriittistä soveltamista kliinisessä päätöksenteossa. Suomalaisien asiantuntijoiden laatimat hoitosuositukset pätevät tietyin varauksin suuressa joukossa yleisellä tasolla, mutta lääkäri kohtaa potilaansa erityisellä, moraaliseksi kutsutulla tasolla. Vaikka lääkäri tekee päätöksensä päteväksi arvioimansa tiedon ja kokemuksensa perusteella, jokainen päätös, joka tehdään toisen puolesta terveyden nimissä,

on arvoväritteinen. Ulkopuolinen ei voi arvioida toisen käsityksiä elämänlaadusta ja arvosta. Sen tietää vain potilas itse. Siksi hoito valitaan aina potilaan tarpeen mukaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tietoinen poikkeaminen vakiintuneista hoitokäytännöistä on voitava perustella, ja poikkeaminen niistä omien uskomusten vuoksi on eettisesti kestäväntöntä.

ITSEMÄÄRÄÄMISEN PERIAATE

Täysivaltaisella potilaalla on oikeus päättää omista asioistaan. Siksi jokaiseen hoitopäätökseen tarvitaan potilaan suostumus. Ellei potilas itse kykene antamaan suostumusta, häntä hoidetaan yhteisymmärryksessä omaisten, läheisten tai laillisen edustajan kanssa.

Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa ensisijaisesti oikeutta kieltäytyä lääkärin ehdottamista tutkimuksista ja hoidoista, mutta yhtä lailla oikeutta osallistua aktiivisesti hoitotahtumaan. Jotta potilas voisi tehdä itsenäisiä valintoja eri tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen välillä, lääkärin velvollisuutena on esitellä kaikki järkevät tutkimus- ja hoitomenetelmät, niiden hyödyt ja haitat. Potilas saa tehdä huonojakin päätöksiä, mutta lääkärin tulee kertoa, mikä niiden merkitys voi olla. Tällöin yhteistyötä pyritään jatkamaan uusilla ehdoilla. Vaikka potilaan autonomia on keskeinen ihmisoikeusperiaate, se ei vähennä lääkärin vastuuta hoitoratkaisuissa. Itsemääräämisoikeuden ylikorostamisen vaarana on, että lääkäri siirtää valinnan vastuun potilaalle silloin, kun hän on itse epävarma.

Hoidon tarpeellisuuden arviointi on niin ikään sälytetty lääketieteellisen harkinnan varaan. Sen pohjana on lääkärin käsitys siitä, miten potilaan kuvaamat oireet tai havaitut löydökset haittaavat potilasta nyt ja mikä merkitys niillä voi olla tulevaisuudessa. Tämä on eettisesti arkaluontoista, koska toisen subjektiivisten oireiden merkitystä ulkopuolinen ei voi luotettavasti arvioida. Jokaisella vastaanotolla toisensa kohtaavat kaksi persoonaa ja kaksi todellisuutta; potilaan subjektiivinen elämämaailma ja hänen oma arvionsa oireiden syistä, ja lääkärin tieteenkäsitys. Näiden kahden maailman sovittaminen yhteen on keskinäiseksi kumppanuudeksi kutsutun yhteistyön lähtökohta. Ellei yhteisymmärrystä löydy, umpikujasta pyritään pääsemään kysymällä toisen lääkärin mielipide.

OIKEUDENMUKAISUUS JA YHDENVERTAISUUS

Nykyisessä taloudellisessa todellisuudessa ja erilaisten valtaa käyttävien eturyhmien ja kaupallisten intressien ristipaineessa lääkärin eettiset periaatteet ovat koetuksella. Lääkärin velvollisuutena on toimia etiikkansa mukaisesti jokaisessa tilanteessa, noudattaa yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja huolehtia hoitoprosessin laadusta niin, että se on kustannustietoista ja tieteellisesti pätevää sekä teknisesti moitteetonta. Hyvään laatuun kuuluu, että potilaan oikeuksia kunnioitetaan hoidon jokaisessa vaiheessa ja että yhdenvertaisuudesta huolehditaan tehtäessä yksittäisiä hoitopäätöksiä. Oikeudenmukaisuusperiaatteen mukaan yhtäläisessä tarpeessa olevia ei voi kohdella eri tavalla eikä erilaisia tapauksia voi ratkaista samalla tavalla.

Sairaita hoidettaessa kaikkia on kohdeltava yhdenvertaisesti. Ketään ei saa syrjiä iän, sukupuolen, syntyperän, sosiaalisen aseman tai taudin laadun perusteella, eikä ketään saa suosia. Yksittäisissä hoitoratkaisuissa mikään muu priorisointi ei ole hoitoetiikan mukaista kuin sairautteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva. Erityistä huolta on kannettava niistä ihmisistä, jotka eivät kykene itse pitämään puoliaan; vanhuksista ja lapsista, vammaisista ja mielenterveysongelmia potevista kansalaisista sekä maahanmuuttajista.

Voidakseen olla lääkäri kaikkia varten, on oltava myös lääkäri, joka ei ole kenenkään lääkäri, vaan itsenäinen, kaupallisista ja muista puolueettomuutta vaarantavista sidonnaisuuksista riippumaton ammattilainen, joka etsii totuutta ja puolustaa oikeudenmukaisuutta. Vaikka lääkäri toimiikin potilaansa ehdoilla, hänen on oltava samalla puolueeton asiantuntija eikä potilaan kaikkiin vaatimuksiin tarvitse suostua. Kun potilaat ovat entistä vaativampia ja käytettävissä on lähes rajattomat lääkintätekniset mahdollisuudet, mutta taloudelliset resurssit ovat rajalliset, lääkäri joutuu pohtimaan vaikeita yksilö- ja yhteisöeettisiä kysymyksiä: mitkä potilaan tarpeista ovat perusteltuja, miten yhteiset ja rajalliset talouden voimavarat jaetaan reilulla tavalla, missä kulkee potilaan autonomian kunnioittamisen ja välinpitämättömyyden, potilaan ja lääkärin vastuun välinen raja, ja miten pitkälle ulottuu lääkärin oma autonomia?

HUMANISTINEN ELÄMÄNASENNE

Luonnontieteenä lääkintätaito suunnistaa biofysikaalisten merkkien kartalla ja tutkii sairasta ihmistä objektina tieteen menetelmin, mutta humanistisen tieteen alueella etsitään ihmistä sairauksien takaa ainutlaatuisena persoonana hänen omassa subjektiivisessa todellisuudessaan. Jokaisessa hoitosuhteessa on siten kaksi tasoa, älyllinen ja humanistinen. Älyllisyys tarkoittaa tieteen teoriaan sitoutumista ja seikkaperäistä yksityiskohtiin paneutumista. Humanistisella tasolla luetaan ihmisen sisäistä kielioppia kertomusten, ilmeiden ja eleiden kautta.

Sairauden oireet eivät ole pelkistettävissä taudin aiheuttamiin biofysikaalisiin ilmiöihin, sillä ne ovat yksilöllisiä ja sisällöltään ainutlaatuisia kokemuksia. Oireiden syntyyn vaikuttavat sairauden ohella potilaan persoonallisuus, elämäntilanne, sosiokulttuuriset tekijät, pelot ja toiveet. Siksi samakin sairaus ilmenee eri ihmisissä eri tavalla ja siksi hoidon kohteena ei ole tauti ihmisessä, vaan sairas ihminen. Tämä on ihmislähtöisen, holistiseksi kutsutun lääkintätaidon ydinasia erotuksena tautikohtaisesta lähestymistavasta. Sairauden aiheuttamat oireet ja sairaan ihmisen kärsimykset ovat subjektin todellisuutta ja yhtä tosia kuin lääkärin havaitsemat objektiiviset löydökset.

Toisen kärsimyksiä ulkopuolinen ei voi mitata luonnontieteellisin menetelmin, mutta niiden merkitystä voidaan ymmärtää eläytymällä sairaan asemaan. Toisen todellisuuteen ei voi pujahtaa eikä toisen elämään astua, mutta kuunnella voi, rinnalla seistä ja mukana kulkea. Aito vuorovaikutus alkaa kuuntelemisesta ja eläytymisestä toisen asemaan. Kysymys on myötälämisen taidosta. Toisen ihmisen ymmärtämiseksi tarvitaan älyn rinnalle myötätuntoa, tiedon rinnalle tunteita ja järjen kumppaniksi moraalit. Aina kun väheksymme toisen kärsimyksiä, menetämme jotain omasta inhimillisyydestämme. ■

Hammaslääkärin etiikka on lääkärin etiikkaa

Ulla Hautanen, Hammaslääkäriliiton eettinen valiokunta

Matti Pöyry, Hammaslääkäriliiton toiminnanjohtaja 1999–2019

Tutkimusnäyttö on osoittanut suunterveyden yhteyden muun elimistön terveyteen. Lääkäreillä ja hammaslääkäreillä on tärkeä tehtävä vaikuttaa sosiaaliseen ympäristöön, jotta arjen terveelliset valinnat tulisivat mahdollisimman helpoiksi.

Riittävien hoitoresurssien varmistaminen ja oikeudenmukainen kohdentaminen on ammattikunnan etiikkaa.

Akateeminen hammaslääkäriprofessio syntyi Suomessa vuonna 1892, kun hammaslääketieteen koulutus alkoi Aleksanterin yliopistossa Helsingissä Matti Äyräpään käynnistämänä. Lääkärintyössään Helsingin kirurgisessa sairaalassa hän oli havainnut, että kolmasosa potilaista poti hammasperäistä infektiota ja kolmasosa näistä potilaista kuoli sairaalahoidosta huolimatta. Äyräpää piti odontologiaa kirurgian erikoisalana, mutta silloinen Lääkintöylihallitus ei koulutusmallia puoltanut. Tämä johti koulutuksen eriytymiseen. Nykyisin hammaslääkäreitä koulutetaan neljässä lääketieteellisessä tiedekunnassa Helsingin, Itä-Suomen, Oulun ja Turun yliopistoissa. Lisäksi Tampereen yliopistossa annetaan jatkokoulutusta. Prekliininen vaihe on pitkälti yhtenäinen lääkäriopiskelijoiden kanssa.

Viimeaikainen tutkimusnäyttö on entistä vahvemmin osoittanut suunterveyden yhteyden muun elimistön terveyteen. Useimmilla kansansairauksilla on myös yhteisiä ympäristöön ja elintapoihin liittyviä riskitekijöitä, ja siksi potilasta olisi hoidettava kokonaisuutena. Lääkäreillä ja hammaslääkäreillä on tärkeä tehtävä vaikuttaa sosiaaliseen ympäristöön, jotta arjen terveelliset valinnat tulisivat mahdollisimman helpoiksi. Yhteistyön ja yhteisen ajantasaisen tiedon ylläpitäminen on kansanterveydellisestikin tärkeää sekä lääkäreille että hammaslääkäreille.

Hammaslääkärin ja lääkärin ammattien eettinen perusta on itsestään selvästi sama: ”terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen” (lääkäriinvala ja hammaslääkäriinvala). Myös laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä lääkärin ja hammaslääkärin erityiset oikeudet ja velvollisuudet ovat yhtäläiset. Muualla lainsäädännössä on suun terveydenhuoltoa ja hammaslääkäreitä koskevaa erityislainsäädäntöä.

Hammaslääkäri joutuu työssään harvemmin kohtaamaan elämän alkuun tai loppuun liittyviä ongelmia. Tavallinen eettinen haaste hammaslääkärin arkipäivässä on sen sijaan se, ettei potilaalla ole mahdollisuutta saada tarpeenmukaista hoitoa ja purentaelimen kuntoutusta taloudellisesta asemastaan riippumatta. Hammas- ja suusairauksien hoito on terveyskeskuksissakin potilaalle selvästi kalliimpaa kuin muu hoito perusterveydenhuollossa. Palvelujen käyttö ja suunterveyden tila riippuvat Suomessa vahvasti ihmisen sosioekonomisesta asemasta.

Suun terveydenhuollon palvelujärjestelmä muuttui merkittävästi vuonna 2002, jolloin kuntien oli perusoikeusuudistuksen myötä tarjottava kaikille asukkailleen myös suun terveydenhuollon palvelut. Siitä lähtien nämä palvelut eivät ole eronneet muun terveydenhuol-

lon palveluista oikeudelliselta asemaltaan. Tuolloin arveltiin, että terveyskeskusten palveluja ei tarvitse mitoitaa koko väestölle, koska Kela-korvaukset samaan aikaan laajenivat kaikenikäisten hammashoitoon.

Tilanne on säilynyt kohta kaksikymmentä vuotta rakenteellisesti samanlaisena. Hieman yli puolet aikuisista saa (2019) palvelunsa terveyskeskuksista ja hieman alle puolet yksityisvastaanotoilta. Terveyskeskusten palveluja käyttäisi kuitenkin suurempi osa väestöä kuin minkä suuruiselle osalle palvelut on resursoitu.

Hoidon todelliset kustannukset ovat samaa suuruusluokkaa sekä julkisessa että yksityisessä hoidossa, mutta yksityisessä hoidossa potilasmaksut ovat huomattavasti kalliimmat. Kela-korvauksia on viime vuosina leikattu, ja ne korvaavat enää keskimäärin 14 prosenttia tavanomaisen hammashoidon kustannuksista. Korvauksia ei kuitenkaan saa lainkaan esimerkiksi hammasproteeseista, jotka voivat vaikuttaa puhumiseen, parentakykyyn ja monipuolisen ravinnon saantiin ja samalla suuresti yksilön hyvinvointiin ja elämänlaatuun.

Yksityishammaslääkärien potilailla on perinteisesti ollut pitkiä luottamuksellisia hoitosuhteita, mutta palvelujärjestelmän muutosten myötä yhä harvemmalla on mahdollisuutta tai varaa valita hammaslääkäriään. Hoidon jatkuvuus voi tällöin vaarantua. Osa ihmisistä jää hammashoitopelon vuoksi vaille säännöllistä hammashoitoa, ja heidän suun terveydenhoidonsa saattaa rajoittua vain ensiapuluonteiseen vaivojen hoitoon. Eettisiä ongelmia voi liittyä myös kolmansien osapuolien lisääntyneeseen osuuteen; kliinisen autonomian kaventumiseen sekä taloudellisiin tai määrällisiin tulostavoitteisiin. Terveyskeskusten palvelujen täydentäminen ostopalveluilla ja palveluseleillä mutkistaa myös perinteistä potilas–hammaslääkärisuhdetta ja hoidon jatkuvuutta.

Suun kroonisten tulehdusten (parodontiitti eli kiinnityskudostulehdus ja karies) hoito ja ennaltaehkäisy ovat olennainen osa terveyden ylläpitoa ja monien yleissairauksien (valtimonkovettumistauti, kohonnut verenpaine, diabetes, reuma) riskitekijöiden hallintaa. Suunterveyteen liittyvät kansantaudit voidaan estää terveiden elintapojen ja hyvän suuhygienian sekä oikea-aikaisen diagnosoinnin ja hoidon avulla.

Suun terveydenhuollon henkilöstöllä on tärkeä rooli ja eettinen velvollisuus sekä lasten että aikuisten omahoidon ja terveellisten valintojen tukemisessa. Yhä suurempi osa väestöstä vanhenee hampaallisina, osa heistä myös muistisairaina. He tulevat tarvitsemaan apua suuhygienian ylläpitämisessä, jotta hyvä terveys, kivuttomuus ja parentakyky säilyvät. Myös riittävien hoitoresurssien varmistaminen ja oikeudenmukainen kohdentaminen on ammattikunnan etiikkaa. ■

Lisätietoja:

Heikki Vuorela. Hammaslääkäriprofession synty – kohti yliopistokoulutusta. Suomen Hammaslääkärilehti 2/2017. ETENE. Lausunto implanttikiinnitteisen kokoproteesin käytöstä hampaattoman alaleuan hoidossa (8.2.2016).

Pirkko Pussinen ja Susanna Paju. Kansanterveydellisesti tärkeää työtä. Pääkirjoitus. Suomen Hammaslääkärilehti 3/2020.

FDI Dental Ethics Manual 2.2018.

Lääkärin etiikan filosofiset perusteet

Lääkärin etiikka on vastuullista ammattikäytäntöä, jossa yhdistyvät tieto, kokemus ja sitoutuminen eettisesti hyväksyttävien päämäärien puolesta toimimiseen. Toiminnan eettinen taso määräytyy sekä ammattiosaamisesta että niistä arvoista ja periaatteista, joihin toiminnassa sitoudutaan. Hyvä osaaminen ei korvaa hoidon arvoja koskevia puutteita eivätkä parhaatkaan arvot kompensoi puuttuvaa osaamista. Siksi lääkäri on sekä huolehdittava ammattitaidostaan että pohdittava jatkuvasti oman alansa eettisiä periaatteita ja käytäntöjä.

Yhteiskunta säätelee lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa monin eri tavoin. Sääntelyn tarkoituksena on taata hoidon saatavuus ja laatu, estää väärinkäytökset sekä edistää ihmisarvon kunnioittamista ja yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta. Kaikki nämä ovat eettisesti arvokkaita päämääriä. Silti olisi väärin sekoittaa lääkärietiikka lääkäri-toiminnan oikeudelliseen valvontaan ja säätelyyn. Ideansa mukaisesti etiikka on ennen kaikkea toimivan subjektin omaa luovaa, itsekriittistä ja vapaaehtoista itsesääntelyä tärkeimpinä pidettyjen arvojen toteuttamiseksi ja puolustamiseksi. Se perustuu ensisijaisesti vastuun tiedostamiseen, autonomiaan ja vapauteen.

Etiikan subjektiksi voidaan tällöin ajatella yksittäinen lääkäri, koko ammattikunta tai hoitoyhteisö. Ammattietiikka syntyy sisäistämisen prosessissa, jossa lääkäri liittyy alansa perinteeseen, ammattikuntaansa ja omaan ammattikäytäntöönsä. Tämän prosessin kautta ammatissa toimiva henkilö luo kokonaisvaltaisen mielikuvan siitä, mikä on hänen työnsä arvoperusta, millaiset toimintatavat ovat hyväksyttäviä, mihin päämääriin on oikein pyrkiä ja millaista persoonallista otetta hän työssään tavoittelee. Esimerkiksi potilaan inhimillinen kohtelu nousee tällaisesta ammattiroolin persoonallisesta sisäistämisestä.

Puhtaimmillaan ammattietiikka ilmentää siis ammatillista autonomiaa ja vapaaehtoista pyrkimistä eettisten periaatteiden kunnioittamiseen ja potilaan parhaaseen.



Etiikan merkitys lääkärin työssä

Jaana Hallamaa, sosiaalietiikan professori, Helsingin yliopisto

Kokemus kartuttaa tietoja ja kehittää taitoja. Harjaantunut asiantuntija hallitsee alansa ja joutuu pysähtymään jonkin ongelman eteen harvemmin kuin aloitteleva kollega. Eettiset ongelmat ovat kuitenkin toisentyypisiä kuin muut asiantuntijuutta vaativat kysymykset, eikä kokemus aina vähennä niiden esiintyvyyttä. Laaja-alainen osaaminen kehittää työstä selviytymistä tukevia rutiineja, mutta auttaa myös syventämään käsitystä oman toiminnan luonteesta, sen eri puolista ja siihen sisältyvistä haasteista. Kokemuksen karttuessa lääkäriellä on varaa siirtää huomionsa painopistettä yhä enemmän omasta itsestään potilaisiinsa, heidän kokemuksiinsa, tarpeisiinsa ja tilanteeseensa. Kokemus voi herkistää pohtimaan sellaistaakin, mitä ei ole aiemmin huomannut tai jonka on sivuuttanut itsestänselvyytenä.

Eettiset ongelmat poikkeavat muista pulmatilanteista myös toisessa suhteessa. Käytännön ongelma katoaa, kun keksitään, kuinka tavoiteltu tulos voidaan saavuttaa tai kuinka ennakoitava häirtä tai menetys voidaan estää. Eettistä ongelmaa sitä vastoin ei useinkaan voida ratkaista. Akuutista tilanteesta päästään kyllä tavalla tai toisella eteenpäin – kollega ottaa asian hoidettavakseen, hoito ei tehoa, potilaan tila kohentuu, omaisten mieli muuttuu – mutta epä-tietoisuuden tuskan aiheuttanut kysymys jää vaille lopullista ratkaisua. Asia hiertää taas, kun jotain vastaavaa tulee seuraavan kerran eteen.

Lääkärin etiikasta puhuttaessa tulevat tavallisesti ensimmäiseksi mieleen abortin ja eutanasian kaltaiset kestoaiheet. Jokainen lääkäriksi valmistuva joutuu pohtimaan tällaisia kysymyksiä. Etiikan merkitys ei lääkärin työssä ole ensisijaisesti kuitenkaan yksittäisten ongelmien äärellä kipuilua, vaan pikemminkin sitä, että lääkäri kykenee tarvittaessa asettamaan kyseenalaiseksi lähtökohtansa, toimintatapansa ja tavoitteensa ja pystyy tarkastelemaan niitä eettisten peruskäsitteiden, arvojen, velvollisuuksien ja hänet ammattiinsa yhdistävien syvimpien sitoumustensa kannalta. Eettinen lähestymistapa saa lääkärin kysymään itseltään: mitä päämääriä tavoittelen, mitä minun on tehtävä ja kuka minä lääkärinä olen.

LÄÄKÄRIN TYÖTÄ OHJAAVAT ARVOT

Lääkärin työtä ohjaavat arvot ovat peräisin eri lähteistä. Ne eivät ole aina keskenään yhteismitallisia, ja joskus niistä johdettavat toimintasuositukset ovat ristiriidassa toistensa kanssa. Työn perusarvot kumpuavat lääkärin tehtävästä parantajana, hoitajana ja kärsimyksen lievittäjänä. Lääkäri on kuitenkin myös lääketieteellisen koulutuksen saanut akateeminen asiantuntija, joka on oppinut arvostamaan tutkittua tietoa ja näyttöön perustuvia hoitotapoja. Lisäksi tulevat lakeihin ja viranomais määräyksiin kirjatut arvot, jotka asettavat lääkärin toiminnalle reunaehdoja ja vaatimuksia. Lääkärillä on osaamista, jolla on yhteiskunnallista merkitystä.

Lääkäri on yleensä jonkin organisaation ja työyhteisön jäsen ja joutuu sovittamaan työnsä sen mukaisesti. Yksittäiset potilaat ja heidän omaisensa tuovat arvojen runsauteen oman lisänsä. Heillä on omat toiveensa ja odotuksensa, jotka lääkärin edellytetään ottavan huomioon. Kukaan ei jaksakaan tehdä työtään, jos se ei toteuta myös hänen henkilökohtaisia päämääriään ja tavoitteitaan. Esimerkiksi eteneminen työuralla, tieteellinen kunnianhimo ja taloudellinen menestyminen ovat arvoja, jotka motivoivat ahkeroimaan työssä ja kehittymään siinä.

Monia erilaisia arvoja voi toteuttaa rinnan toistensa kanssa. Taloudellisesti menestyksessä lääkärin toiminta ei ole ristiriidassa sen kanssa, että lääkäri pyrkii edistämään potilaan hyvää. Tieteellisten ambiitioiden toteuttaminen voi johtaa tuloksiin, jotka ovat merkittäviä kärsimyksen lievittäjinä.

Arvojen moneus tukee laaja-alaista eettistä harkintaa, mutta voi lisätä hämmennystä, kun erilaiset arvot ohjaavat päätöksentekoa eri suuntiin. Tilanne ilmenee eettisenä ongelmana, jota voi selvittää pohtimalla arvojen keskinäistä suhdetta. Arvot muodostavat hierarkian, jossa lääkärin tehtävästä nousevat eettiset arvot ovat keskeisimmät. Jos ne joutuvat ristiriitaan lääkärin henkilökohtaisten tavoitteiden kanssa, ammatin harjoittamisen edellytykset heikentyvät.

Arvojen väliset ongelmat eivät aina ratkea helposti, ja eri ihmiset voivat päätyä perustellusti erilaiseen lopputulokseen. Usein tämä johtuu toisistaan poikkeavista arvojärjestyksistä tai siitä, että ihmiset korostavat tiedossa olevien tosiasioiden merkitystä eri tavalla.

Koska lääkärit ovat yhteiskunnan kouluttamia ja auktorisoimia ja toimivat yhteiskunnan kannalta tärkeissä tehtävissä, yhteiskunnalla on intressi ja halu hyödyntää lääkärin ammattitaitoa ja osaamista tarkoituksiin, joita poliittiset päättäjät kulloinkin pitävät tärkeinä. Terveystieteiden politiikkaohjelmissa listataan, millaisia yhteiskunnallisia päämääriä lääkärin olisi toiminnallaan toteutettava ja kuinka heidän olisi järjestettävä työnsä, jotta erilaisia yhteiskunnallisia tavoitteita voitaisiin saavuttaa.

Asetelma synnyttää vääjäämättä arvoriistiriitoja, jos ja kun lääkäri näkee potilaan edun edellyttävän sellaista, mitä ei poliittisten tai taloudellisten päätösten nojalla ole mahdollista

toteuttaa ja jos julkinen valta tai oma työnantaja velvoittavat lääkärin toimimaan tavalla, joka ei lääkärin arvion mukaan ole perusteltua potilaan hyvän kannalta. Ei ole tavatonta, että johdettujen toimintanormien tavoitteet ja vaikutukset toisin kuin varsinaista potilastyötä tekevät lääkärit.

Poliittiset tavoitteet, jotka valjastavat lääkärin ensisijaisesti yhteiskunnallisten päämäärien toteuttajaksi sivuuttamalla näkökohdat, joiden lähde on lääkärin velvollisuus potilasta kohtaan, voivat luoda jännitteitä suhteessa lääkärin työtä määrittäviin perusarvoihin. Jotta näin ei pääsisi käymään, lääkärin on ammattikuntana pidettävä jatkuvasti julkisesti esillä työtään kannattelevaa etiikkaa ja keskusteltava siitä sekä omassa piirissään että laajemmilla yhteiskunnallisilla areenoilla.

LÄÄKÄRIN TOIMINTAA OHJAAVAT NORMIT JA VELVOLLISUUDET

Lääkärin työhön liitetään poikkeuksellisen voimakkaasti eettisiä vaatimuksia, ja lääkärin toimintaa ohjaavat ihanteet on muotoiltu varhemmin kuin yhdenkään toisen ammattikunnan arvot. Pelkkä arvojen kirjaaminen ei kuitenkaan riitä silloinkaan, kun niistä voidaan olla yhtä mieltä. Ihanteita on myös toteutettava käytännössä. Usein silta arvojen ja käytännön välille rakennetaan muotoilemalla toimintaa ohjaavia normeja ja velvollisuuksia.

Lääkärin toiminnan tavoite on parantaa ja hoitaa sairauksia, lievittää kärsimystä ja kohentaa hyvinvointia. Käsitkset sairauksista ja niiden hoidosta muuttuvat ajan myötä tutkimuksen edetessä ja hoitomenetelmien kehittyessä. Lääkäri on oman alansa asiantuntija, jonka ammatillista ajattelua ja toimintaa lääketiede ohjaa. Tutkimustietoa ei voida tuottaa eikä käyttää ilman tieteen normien omaksumista ja harjaantumista tieteelliseen ajatteluun.

Lääketieteessä vallitsee kunakin aikana myös kilpailevia käsityksiä, joihin lääkäri joutuu ottamaan kantaa tehdessään hoitopäätöksiä. Tällaisten ratkaisujen tekeminen ei ole mahdollista ilman riittävää tietopohjaa. Vastuunsa tunteva lääkäri pitää huolta ammattitaidostaan täydentämällä ja ajantasaistamalla sitä. Tärkeää on myös tuntea ja tunnustaa omien tietojensa ja osaamisensa rajat. Muiden apuun turvautuminen ei ole huonouden osoitus, ja virheistä voi oppia vain myöntämällä ne ja käyttämällä niitä oman kehittymisensä tukena.

Lääketieteen nopea edistyminen ei ole vaikuttanut lääkärityön perinteisiin tavoitteisiin, mutta se saa kysymään, miten lääkärin velvoitetta parantaa, hoitaa ja lievittää on toteutettava nykylääketieteen avulla. Jos on olemassa jokin lääke, toimenpide tai hoito, joka kohentaa ainakin joidenkin ihmisten vointia tai elämänlaatua, onko lääketieteen tehtävä tarjota sitä?

Kysymyksen voidaan joutua vastaamaan eri tavoin sen mukaan, kuka kuluista kulloinkin vastaa. Julkisin varoin kustannettavassa hoidossa ei aina voida tehdä kaikkea, mitä lääkäri oman ammattitaitonsa valossa pitää potilaan kannalta tarpeellisena. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon etäännyminen toisistaan voi saattaa lääkärin hankalaan tilanteeseen. Yksityisessä sairaanhoidossa asiakkaiden varallisuuserot määrittävät sen, millaista hoitoa heille voidaan tarjota. Hoidon kaupallistuminen voi myös pakottaa pohtimaan, onko lääkärin tehtävä kaikki, mitä maksava asiakas haluaa.

Lääketieteen tehtävästä ja rajoista käydään jatkuvasti julkista keskustelua, johon osallistuvat niin poliittiset päätöksentekijät, talouden asiantuntijat kuin potilaiden edustajatkin. Lääkäreillä on oman tietonsa, kokemuksensa ja ammattiasemansa nojalla erityinen vastuu tässä keskustelussa. Lääkärin tehtävän luovuttamaton lähtökohta on, että lääkärille asetettujen velvollisuuksien on oltava sopusoinnussa lääkintäetiikan perimmäisten päämäärien kanssa. Sen paremmin julkinen valta, kaupalliset toimijat kuin yksittäiset potilaat tai heidän edustajansakaan eivät voi sanella, mitä lääkärin on tehtävä. Tämä ammatillinen autonomia takaa lää-

kärille hänen työnsä kannalta välttämättömän vapauden ja turvaa hänen eettisen integriteetinsä.

Mutkikkaassa maailmassa, erilaisten vaatimusten ristipaineessa on välillä hyvä palata yksinkertaisiin perusasioihin. Yksi niistä on länsimaisen etiikan perusnormi, joka tunnetaan kultaisena sääntönä: ”Kaikki minkä tahdotte ihmisten tekevän teille, tehkää te heille.” Tämä eri uskonnoille ja katsomusperinteille yhteinen kehoitus muistuttaa ihmisten perustavanlaatuisesta yhdenvertaisuudesta ja vastavuoroisuuden vaatimuksesta. Kultaisen säännön mukaan toimiva lääkäri muistaa olevansa ihminen toinen toisiinsa riippuvuussuhteessa olevien ihmisten yhteisössä. Omien ratkaisujen eettistä kestävyyttä voi testata yksinkertaisimmillaan kysymällä, mitä ihmiselle tapahtuu, ja miettimällä, voisiko hyväksyä kaavailmansa päätöksen, jos se koskisi omia vanhempia, rakastettua, lapsia tai lähimpiä ystäviä.

PERIMMÄISET SITOUKUKSET – LÄÄKÄRIN PERSOONA

Lääkäri on lääketieteellisen koulutuksen saanut, viranomaisnormien ohjaamana työskentelevä toimija, mutta hän on myös ihminen, jolla on omanlaisensa lähtökohdat, elämänhistoria, maailmankatsomus, tavoitteet ja unelmat. Pitkä opiskeluaika, profession jäseneksi integroituminen ja lääkärinä toimiminen jättävät nekin jälkensä.

Lääkäriys on myös määre, jota ei voi halutessaan irrottaa itsestään: lääkäri on velvollinen käyttämään tietoa ja taitojaan muiden hyväksi aina ja kaikkialla, kun tilanne sitä edellyttää. Kysymystä, onko täällä lääkäriä, ei voi torjua sanomalla olevansa paikalla vain yksityishenkilönä. Lääkäriksi tuleminen ei rajoitu ainoastaan siihen, että ihminen opiskelee lääkäriksi, vaan syvimmiltään lääkäriksi tuleminen on sitä, että elää elämänsä lääkärinä.

Usein kuulee sanottavan, että lääkäri tekee työtä persoonallaan. Muotoilu voi johtaa harhaan, koska se välittää käsityksen, jonka mukaan oma persoona olisi lääkärin työväline tai että toimiakseen lääkärinä ihmisen olisi pantava itsensä jollain erityisellä tavalla likoon. Työn tekeminen persoonallaan tarkoittaa enemmän sitä, että voidakseen toimia parhaalla tavalla jokaisen lääkärin on opittava tuntemaan itsensä ja harjaannuttava käyttämään monipuolisesti ja luovasti itselleen ominaisia valmiuksia ja kykyjä työssään. Jokaisella on juuri hänelle tyypilliset vahvuudet mutta myös vähemmän kehittyneitä puolia.

Hyvä lääkäri kykenee hyödyntämään persoonansa eri piirteitä ja ominaisuuksiensa koko kirjoa ja oppii välttämään toimintatapoja, joissa hänen heikkoutensa vaikeuttavat asioiden hoitamista ja tavoitteiden saavuttamista. Näin menetellessään lääkäri ei hyödynnä ainoastaan tiedollisia ja taidollisia resurssejaan vaan käyttää työssään hyväksi myös omia tunnevarantoja ja sosiaalisia taitojaan. Tästä näkökulmasta ammattitaidon kehittämiseen kuuluvat tiedollisen ja menetelmällisen koulutautumisen lisäksi myös vuorovaikutustaitojen ja itsereflektiokyvyn jatkuva parantaminen.

Tarve puhua persoonasta työvälineenä johtunee myös siitä, että lääkäri joutuu työssään psyykkisesti kuormittaviin tilanteisiin, jotka vääjäämättä koskettavat häntä ihmisenä eivätkä vain ammattihenkilönä. Terveiden menettäminen ja vakavat sairaudet saavat potilaan taantumaan ja kohdistamaan lääkäriin myös sellaisia odotuksia ja vaatimuksia, joihin tämän ei ammattikuvansa perusteella tarvitse vastata. Vaikeassa elämäntilanteessa olevan potilaan ahdistus, avuttomuus ja vihantunteet kohdistuvat myös lääkäriin.

Lääkäri ei voi samastua potilaaseen eikä ottaa kantaakseen tämän tunnekuormaa, muuten hän palaa nopeasti loppuun. Uupunut lääkäri ei kykene hoitamaan ketään. Potilaan tilanne voi käynnistää lääkärissä kuormittavia psyykkisiä prosesseja, jotka vaikeuttavat hänen kykyään kommunikoida potilaan kanssa. Jos lääkäri kieltäytyy kohtaamasta oman mielensä

kipupisteitä, eikä hänellä ole valmiuksia selvittää itselleen niiden taustalla olevia tekijöitä, on olemassa riski, että hän ei kykene hoitamaan potilasta hyvin. Psykkisesti kuormittavalle potilaalle on helppo kääntää selkensä, lakata kuuntelemasta häntä ja olla paneutumatta hänen asioihinsa. Lääkäri, joka ei ole selvillä oman persoonansa haavoittuvista kohdista, on vaarassa alkaa hoidattaa itseään potilaillaan.

Lääketiede on viime vuosikymmeninä edistynyt valtavasti. Monia aiemmin kuolemaan johtavina pidettyjä sairauksia voidaan parantaa, ja hoidon avulla voidaan kohentaa elämänlaatua ja lykätä elämän päättymistä. Lääketieteen saavutuksista uutisoidaan usein näyttävästi, minkä vuoksi suuri yleisökin saa tietää uusista mahdollisuuksista. Potilaat voivat nykyään myös itse ottaa selvää asioista erilaisten verkkosivujen avulla.

Tiedon saatavuus on johtanut siihen, että potilaista on tullut entistä vaativampia mutta samalla yksittäisen lääkärin osakseen saama arvonnanto on vähentynyt. Muuttunut yhteiskunnallinen tilanne edellyttää, että lääkäri sovittaa toimintatapsansa sen mukaan, mikä palvelee parhaiten potilaan hyvää ja täyttää lääkärin tehtävään kuuluvat velvollisuudet. Lääkäri ei voi enää toimia vain potilaalle ohjeita sanelevana auktoriteettina vaan hänen on oltava myös valmentaja, joka rohkaisee ja haastaa potilaat ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja elintavoistaan.

Lääketieteen mahdollisuuksista ja lääkärin työstä ollaan kiinnostuneita, niitä arvostetaan ja niihin luotetaan. Tämä tarjoaa hyvän pohjan lääkärin toiminnalle, mutta virittää sitä kohtaan myös suuria odotuksia. Todellisuus on usein toisenlainen kuin fiktion lumetodellisuus. Parhaassakin terveydenhuollossa tehdään virheellisiä diagnooseja, hoidon aloittaminen viivästyy, koetuloksia tulkitaan väärin ja määrätään tehotonta hoitoa. Lääkärin virheet voivat olla potilaan kannalta kohtalokkaita, mutta ne voivat suistaa myös lääkärin raiteiltaan.

Ammattikunnan sisäinen kollegiaalisuus suojaa lääkärinä toimimisen yleisiä edellytyksiä ja profession perustehtävää, eikä sitä voida käyttää kollegan tekemän virheen salailuun ja peittelyyn. Virheistä ja epäonnistumisista selvittää vähimmin vaurioin, kun keskitytään lääkärityön perustehtävään ja huolehditaan potilaasta kaikissa tilanteissa.

Eettisesti kestävä toiminnan edellytys on myöntää, että myös kaikkien muiden ihmisten tavoin lääkäritkin erehtyvät, epäonnistuvat ja tekevät virheitä. Vaikka epäonnistuminen on raskasta, myös sitä voidaan käyttää työn kehittämisen resurssina. Virheestä, jota ei tunnusteta eikä tunnusteta, ei voida oppia mitään.

Virheitä pidetään usein yksilön epäonnistumisina, vaikka niiden syntymiseen ja esiintyvyyteen vaikuttavat yleensä merkittävästi työyhteisön omaksumat tavat ja käytännöt. Kun tämä otetaan lähtökohdaksi, virheiden käsitteleminen ei merkitse syyllisten etsimistä vaan mahdollisuutta tarkistaa yhteisiä menettelytapoja ja säännöksiä. Päästään kysymään, mikä johti virheeseen ja kuinka vastaavanlaiset tapaukset voitaisiin välttää. Samalla työyhteisö kantaa yhteistä vastuuta toiminnastaan, eikä ketään jätetä yksin.

Elämäkertakirjallisuudessa on monia lääkärin kirjoittamia teoksia. Ne avaavat kiehtovan näköalan paitsi lääketieteen ja hoidon historiaan myös siihen, millaisen elämän vain lääkäri voi elää. Työn antama syvä tyydytys on läheisessä yhteydessä lääkärin perustehtävän toteuttamiseen. Muita auttaessaan lääkäri elää todeksi sen, mitä etiikka pohjimmiltaan on lääkärin työssä. ■

Lisätietoja:

Cassell E. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York. Oxford University Press 1991.

Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York. Oxford University Press 2006.

Drane J.F. *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*. 2nd ed. New York. Sheed & Ward 1995.

Fulford Kenneth W. M. *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge and New York. Cambridge University Press 1989.

Hallamaa, Jaana, *Yhdessä toimimisen etiikka*. Helsinki: Gaudeamus. 2017.

Jonsen, Albert & Siegler, Mark & Winslade, William J., *Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 8th edition. New York: McGraw-Hill Education. 2015.

Pasternack, Amos & Puustinen, Raimo & Hallamaa, Jaana (toim.) *Lääkäriprofessio. Professionaalisuus lääkärin työssä*. Helsinki: Duodecim. 2017.

Reiman, Teemu & Oedewald, Pia, *Turvallisuuskriittiset organisaatiot. Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen*. Helsinki: Edita. 2008.

Tomlinson, Tom, *Methods in medical ethics. Critical perspectives*. New York: Oxford University Press. 2012.

Lääkintä- ja hoitoetiikan peruseriaatteen

Veikko Launis, lääketieteellisen etiikan professori, Turun yliopisto

KOLME MORAALITEORIAA

Filosofisen etiikan tehtävä on systematisoida moraalikäsitteitä ja rakentaa niiden pohjalta moraaliteorioita. Yleisimmät moraaliteoriat edustavat karkeasti kolmea ryhmää: hyve-etiikkaa, hyötyetiikkaa ja velvollisuusetiikkaa. Lääkärin työssä ja yleensä hoitoalalla esille tulevat moraalikäsitteet ja eettiset periaatteet edustavat kiinnostavalla tavalla etiikan kaikkia kolmea perusuuntausta.

HYVE-ETIIKAN mukaan on tärkeää kehittää sellaisia luonteenominaisuuksia, persoonallisuuden piirteitä ja asenteita, joita moraalinen toiminta vaatii. Aristoteleen (384–322 eaa.) perinnettä seuraten sellaisia ominaisuuksia kutsutaan hyveiksi. Hyve-etiikka pyrkii esittämään, millaisia ominaisuuksia moraalilla toimijalla tulee olla, jotta hän pystyisi tekemään vaikeissakin tilanteissa oikeita ja hyviä ratkaisuja. Hyveiden kehittäminen ja hallittu käyttäminen auttavat myös toimijaa itseään löytämään ne ”hyvän elämän ohjeet”, jotka tekevät elämästä mahdollisimman onnistuneen.

Hyve-etiikka kuvaa moraalista ihannetta eli sitä, mitä ihmisestä voi parhaimmillaan tulla. Hyveiden eli moraalisten ominaisuuksien kehittäminen ei tapahdu ulkoisia normeja ja sääntöjä noudattamalla, vaan harjoittamalla yksilön luonnetta ja asenteita moraalisen ihanteen mukaiseksi. Moraalisesti kehittyneelle ihmiselle hyvän tekeminen on luonnollista ja sellaisenaan palkitsevaa.

Keskeisinä hyveinä on antiikin ajoista lähtien pidetty viisautta, rohkeutta, itsehillintää ja oikeudenmukaisuutta, ja sellaiset hyveet kuin empaattisuus, uhrautuvuus ja auttamishalu kuuluvat erityisesti hoitoalan tavoitteisiin. Jos lääkärin ja yleensä hoidon etiikkaa halutaan rakentaa hyve-etiikan pohjalle, erityistä huomiota tulee kiinnittää luonteen kasvattamiseen niin, että terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat hoidettaviin myönteisesti ja kokevat auttamisen sinänsä palkitsevana.

HYÖTYETIIKAN eli utilitarismin mukaan toiminnan moraalinen arvo perustuu yksinomaan siihen, kuinka paljon hyviä seurauksia sillä on suhteessa haittoihin. ”Hyödyllä” tarkoitetaan teorian eri versioissa hyvin erilaisia asioita: hyvinvointia, nautintoa, halujen ja tarpeiden tyydyttymistä, kivun ja tuskan puuttumista tai onnellisuutta. Esimerkiksi lapsettomuuden lääketieteellistä hoitoa voidaan perustella hyötyetiikan näkökulmasta halujen ja tarpeiden tyydyttymisellä tai onnellisuuden lisääntymisellä.

Velvollisuusetiikan mukaan toiminnan moraalinen hyvyys ei perustu toiminnan seurauksiin vaan siihen, toimitaanko moraalisen vaatimuksen vai jonkin muun motiivin, esimerkiksi nautinnon tai hyötymisen vuoksi. Moraalinen vaatimus esiintyy tavallisesti jonakin periaatteena tai sääntönä, jota ei saa rikkoa oman edun tavoittelun vuoksi eikä edes sillä perusteella, että siitä olisi yleisesti hyödyllisiä seurauksia. Lääkäri toimii oikein, kun hän tekee ratkaisunsa yksinomaan moraalista velvollisuudentunnosta eli kunnioituksesta moraalisaäntöä tai -periaatetta kohtaan. Teon moraalisen arvon ainoan mittapuun muodostaa motiivi tai aikomus, eikä arvo vähene, vaikka hyvä aikomus ei toteutuisikaan.

VELVOLLISUSETIIKAN tunnetuimman edustajan, Immanuel Kantin (1724–1804), mukaan emme saa koskaan kohdella toista ihmistä pelkästään oman tai yleisen hyödyn saattamisen välineenä vaan aina samalla päämääränä sinänsä eli yleisen ihmisarvon edellyttämällä tavalla. Kantilainen velvollisuusetiikka edellyttää, että hoidon lähtökohtana on kaikkien potilaiden yhtäläinen ihmisarvo.

KUUSI PERUSPERIAATETTA

Kliinisessä työssä joudutaan vaikeiden eettisten ongelmien eteen. Ongelmat johtuvat tavallisesti siitä, että on useita hyvin perusteltuja eettisiä käsityksiä, periaatteita ja sääntöjä, jotka antavat kuitenkin ristiriitaisia ohjeita käytännön tilanteissa. Ristiriitoja ei saada häviämään sillä tavalla, että hyväksytään jokin yksi ”oikea” teoria, josta sitten johdetaan keskenään sopuisuudessa olevia periaatteita ja sääntöjä. Tämä ei käy siitä yksinkertaisesta syystä, ettei yhtä ainoaa ”oikeaa” teoriaa ole.

Kliinisessä työssä eteen tulevien eettisten kysymysten käsittely edellyttää kaikkia kolmea perustyyppiä edustavia teorioita. Lisäksi jokaista teoriaa voidaan soveltaa monella tavalla, eikä siten ole olemassa yhtä ”oikeaa” tapaa johtaa niistä periaatteita ja periaatteista edelleen käytännön toimintasääntöjä. Sen vuoksi on hyväksyttävä eettinen pluralismi: tarjolla on useita sinänsä hyväksyttäviä periaatteita, jotka kuitenkin kilpailevat keskenään, eikä tarjolla ole mitään yleistä menetelmää tai yleistä ”asiantuntijuutta” syntyvien ristiriitojen ratkaisemiseksi. Filosofinen etiikka voi kyllä selvittää sitä, mitä keskeiset moraaliteoriat ja niihin perustuvat periaatteet ovat ja millaisia ristiriitoja niistä syntyy, mutta lopulliset ratkaisut eettisiin ongelmiin joudutaan etsimään aina yksittäisissä käytännön tilanteissa.

Seuraavilla kuudella periaatteella on lääkintä- ja hoitoetiikassa keskeinen asema:

- Elämän kunnioittaminen
- Ihmisarvon kunnioittaminen
- Itsemäärääminen
- Hoitaminen
- Oikeudenmukaisuus
- Hyödyn maksimoiminen

Jokainen periaate on sinänsä hyvin perusteltu ja palautuu johonkin edellä esiteltyyn teoriaan. Niistä seuraa kuitenkin ristiriitaisia ohjeita käytännön ratkaisuille.

ELÄMÄN KUNNIOITTAMINEN

Elämän kunnioittamisen vaatimus luo perustan kaikelle elolliseen kohdistuvalle toiminnalle, esimerkiksi ihmisten ja eläinten hoitamiselle. Yleisessä muodossa vaatimus voidaan kirjoittaa seuraavasti: On pyrittävä edistämään biologisen elämän säilymistä ja vältettävä sellaista, mikä sitä heikentää. Periaate edustaa velvollisuusetiikkaa.

Vaatimus perustuu ajatukseen, että kaikella elämällä on moraalista arvoa. Kliinisen työn kannalta periaatteen hyväksymisellä on useita tärkeitä seurauksia. Se velvoittaa huolehtimaan potilaan hengen säilymisestä mahdollisimman pitkään; esimerkiksi potilaan elämän lyhentäminen hoitoa vähentämällä tai kuolinavun antaminen ovat moraalisesti vääriä tekoja. (Puhumme tässä vain ihmispotilaista ja sivuutamme sinänsä kiinnostavan ihmis- ja eläinpotilaiden vertailun.)

On kuitenkin huomattava, että periaatteen sisältämä vaatimus on luonteeltaan *prima facie*. Se tarkoittaa, että periaatetta tulee noudattaa, ellei mikään muu perustelu oikeuta ylittämään sitä. Elämän kunnioittamisen periaate ei aseta absoluuttista, kaiken ylittävää vaatimusta, vaan sen painavuutta on punnittava suhteessa muiden eettisten periaatteiden vaatimuksiin.

IHMISARVO

Myös ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus kuuluu velvollisuusetiikkaan. Sen mukaan jokaisella ihmisellä on yhtäläinen moraalinen arvo. Monissa keskusteluissa ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus liitetään ihmisoikeuksiin (esimerkiksi oikeus avunsaantiin elämää ja terveyttä uhkaavissa asioissa, oikeus elää vapaana kivusta ja kärsimyksestä), jotka kuuluvat yhtäläisesti kaikille ihmisyksilöille.

Toinen tapa tulkita ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus on samastaa ihmisarvo persoonuuteen eli persoonana olemiseen. Ihmisarvon kunnioittaminen persoonan kunnioittamisena on ihmisoikeustulkintaa suppeampi, koska se rajaa pois ihmisarvon piiristä kaikki sellaiset yksilöt, jotka eivät vielä tai enää täytä persoonuuden tunnusmerkkejä (sikiöt, vegetatiivisessa tilassa olevat henkilöt ja niin edelleen).

Ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus voi joutua helposti vastakkain elämän kunnioittamisen vaatimuksen kanssa. Joissain tilanteissa potilaan biologisen elämän pitkittäminen erityismenetelmin saattaa tuntua potilaan ihmisarvoa loukkaavalta. Vaatimusta voidaan käyttää perustelemaan potilaan oikeutta kuolla arvokkaasti ja saada haluamaansa kuolinapua; tämä tuo hyvin selvästi esille ristiriidan elämän kunnioittamisen periaatteen kanssa.

ITSEMÄÄRÄÄMINEN

Oikeus itsemääräämiseen kuuluu moraalisiin perusoikeuksiin. Sen luonteen ymmärtäminen edellyttää itsemääräämisen käsitteen selventämistä.

Itsemääräävä henkilö pystyy itsenäiseen harkintaan, päätöksentekoon ja toimintaan. Selvä edellyttää määrättyjä kykyjä ja taitoja sekä ratkaisujen tekemisen edellyttämää luotettavaa tietoa. Kyvyt, taidot ja tieto muodostavat yhdessä henkilön kompetenssin.

Tiedollisen kompetenssin osuus on hyvin oleellinen, kun potilasta koskevien toimenpiteiden ehtona on tämän ”perehtynyt suostumus”. Sillä voidaan perustella myös potilaan oikeutta omaa tilaansa koskevaan tietoon (potilaan ”oikeutta tietää”). Kompetenssi pitää ymmärtää suhteelliseksi asiaksi: on mahdotonta vetää tarkkaa rajaa sen suhteen, milloin kompetenssi on riittävää, jotta voitaisiin puhua itsemääräävästä henkilöstä. Rajatapauksissa kompetenssin toteaminen on suuresti harkinnanvarainen asia.

Itsemääräämisen periaatteen mukaan kompetentti yksilö on oikeutettu päättämään itseään koskevista asioista, toimimaan vapaasti harkitsemallaan tavalla ja saamaan muilta päätöksen toteuttamisen edellyttämää apua. Muilla moraalisisilla toimijoilla on velvollisuus kunnioittaa yksilön itsemääräämisoikeutta; itsemääräämisen periaate kuuluu siten velvollisuusetiikan piiriin.

Oikeus itsemääräämiseen ei ole luovuttamaton siinä mielessä, että potilas voi jättää hoitoaan koskevien ratkaisujen tekemisen lääkärin asiaksi. Hän voi jopa harkitusti luopua osasta kompetenssiaan kieltäytymällä sairautensa luonnetta koskevasta tiedosta. Jos ajattelun ja tahottomisen suhteen kompetentti henkilö haluaa asiaa perusteellisesti harkittuaan jäädä tietämättömäksi sairaudentilastaan, ja hän on täysin selvillä siitä, että kieltäytyminen rajoittaa hänen kompetenssiaan päättää sitä koskevasta hoidosta, hänen tahtoaan tulisi kunnioittaa (potilaan ”oikeus olla tietämättä”). Samoin potilaalla on itsemääräämisoikeutensa nojalla oikeus pitää salassa omaa terveydentilaansa koskevat tiedot muilta osapuolilta, kuten omilta sukulaisilta tai työnantajalta.

Itsemääräämisoikeutta ei pidä arvioida sen pohjalta, miten ”hyviä” tai ”oikeita” ratkaisuja ihmiset tekevät jonkin yleisen standardin mukaan arvioiden. Itsemääräämisen luonteen kuuluu, että itse kukin saa elää ja toimia omien käsitystensä, uskomustensa ja arvojensa mukaisesti. Eriskummalliseen ratkaisuun (esimerkiksi sormenpään kosmeettiseen amputointiin) päätyminen ei välttämättä ole puutteellisen kompetenssin merkki, joskin hyvin epätavalliset uskomukset ja teot saattavat johtua ajattelukyvyssä esiintyvistä häiriöistä. Itsemääräämisen periaate puhuu sen puolesta, että kompetenssin kynnyks asetetaan mahdollisimman alas ja annetaan ihmisten toimia omien ratkaisujensa mukaisesti, ellei siitä ole muille selvästi haittaa.

Toisaalta on huomattava, ettei itsemääräämisen vaatimus ole täysin ehdoton, kaiken muun ylittävä periaate, vaan ristiriitatilanteissa jollekin muulle periaatteelle voidaan antaa suurempi painoarvo. Itsemäärääminen kuuluu moraalisiin perusoikeuksiin, joten sen ylittämiseksi tulee löytää hyvin painavia syitä. Tässä joudutaan tärkeiden ja samalla vaikeiden eettisten kysymysten eteen: Millaisiin asioihin itsemääräämisen periaate ulottuu? Mitä rajoituksia sille voidaan perustellusti asettaa?

Selvää on tietysti, ettei kenenkään oikeus toteudu toisten vastaavan oikeuden kustannuksella. Ei ole myöskään oikeutta tehdä sellaista, mikä vahingoittaa selvästi toisia. Tämän niin sanotun Millin ehdon mukaan rajoittavaksi tekijäksi kelpaa vain toisille aiheutettu vahinko, ei yksilön itselleen tuottama haitta. Itsemääräämisoikeuden voimakkuutta joudutaan punnitsemaan silloin, kun se joutuu muiden eettisten peruseriaatteiden kanssa ristiriitaan. Jos potilaan kieltäytyminen hoidosta vaarantaa hänen henkensä, itsemääräämisen kunnioittaminen edellyttää tinkimistä elämän kunnioittamisen periaatteesta, samoin seuraavassa esiteltävästä hoitamisen periaatteesta.

HOITAMINEN

Hoitamisen periaate voidaan ymmärtää velvollisuuseettisesti tai hyve-etiikan mukaisesti. Meillä on luonnollinen velvollisuus auttaa apua tarvitsevaa, ja yleensä toisista ihmisistä huo-

lehtiminen kuuluu perimmäisiin moraalisiin velvollisuuksiimme. Toisaalta auttamisen halu ilmentää määrätynlaista luonteenpiirrettä; se on lääkärin ja muiden hoidon ammattilaisten keskeinen moraalinen hyve.

Hyvän tahtominen (*benevolentia*) ja hyvän tekeminen (*beneficentia*) sekä vahingon tuottamisen välttäminen (*non-maleficientia*) muodostavat hoitamisen etiikan perushyveet. Hoitamisen periaatteen mukaan on edistettävä ihmisten toimintakykyä, vähennettävä heidän kärsimyksiään ja vältettävä tekemästä sellaista, mikä vahingoittaa heidän toimintakykyään ja lisää kärsimyksiä.

Periaate pitää sisällään kaksi ristiriitaista vaatimusta. Usein tärkeimpänä pidetään sitä, että pitää ennen kaikkea välttää vahingoittamasta potilasta (*primum non nocere*). Siitä näyttää seuraavan, että potilaille pitää antaa niin tehokasta hoitoa kuin mahdollista, jos ilman sitä kunto heikkenee nopeasti. Toisaalta hyvän tekemisen vaatimus edellyttää, ettei potilaan tilaa saa pitkittää, jos se merkitsee raskaita henkisiä ja fyysisiä kärsimyksiä.

Kun hoitamisen velvollisuus joutuu vastakkain itsemääräämisoikeuden kanssa, syntyy niin sanottu paternalismin ongelma. Paternalismi tarkoittaa potilaan itsemääräämiseen puuttumista, kun tarkoituksena on toimia hänen etujensa mukaisesti. Sitä perustellaan hoitamisen periaatteella. Tavallisesti vedotaan myös siihen, etteivät yksilöt ole läheskään aina selvillä toimintaansa liittyvistä riskeistä heille itselleen, ja riskien ollessa suuret näyttää oikeutetulta estää toiminta, esimerkiksi vieraannuttaa nuori huumeiden käytöstä pakottamalla hänet hoitoon. Yleinen on myös perustelu, että puuttumisen aiheuttamat haitat ovat paljon pienemmät kuin haitat, joita puuttumisella estetään. Avainkysymys on kuitenkin se, kuinka luotettavasti pystymme arvioimaan, milloin henkilö ei ole selvillä siitä, mikä on hänen todellisen etunsa mukaista. Tahdon vastainen hyvää tarkoittava toiminta voidaan oikeuttaa vain, mikäli potilaan harkintakyky ei ole tilanteen edellyttämällä tasolla.

OIKEUDENMUKAISUUS

Oikeudenmukaisuuden periaatteen mukaan potilaille tulee taata yhtäläinen mahdollisuus saada tarkoituksenmukaista hoitoa, ja erityisesti on turvattava huonoimmassa asemassa olevien tilanne. Keskeinen oikeudenmukaisuuteen liittyvä kysymys ei ole se, mikä on riittävä määrä resursseja potilaiden hoitamiseen vaan se, mikä on oikeudenmukainen määrä.

Monissa hoitotilanteissa yhden potilaan elämän arvoa joudutaan punnitsemaan toisten potilaiden elämän arvoa ja elämänlaatua vasten. Miten kuolevan potilaan tai parantumattomasti sairaan vastasyntyneen elämän arvoa tulisi punnita? Tämä on erittäin vaikea kysymys, eikä hyvää yleistä menettelyä varmaankaan löydy. Käytännössä joudutaan kuitenkin pakosta ratkaisemaan resurssien jaon ongelma, ja silloin oikeudenmukaisuus vaatii punnitsemaan erilaisten potilaiden ja potilasryhmien oikeuksia ja tarpeita keskenään ja tekemään kompromisseja muiden eettisten periaatteiden suhteen.

HYÖTY

Hyödyn maksimoimisen periaate edustaa puhtaasti hyötyetiikkaa, jossa moraalisuuden mitapuuna pidetään toiminnan seurauksia. Tunnetuin hyötyetiikan suuntaus on Jeremy Benthamin (1748–1832) ja John Stuart Millin (1806–1873) kehittämä utilitarismi, joka rakentuu keskeisesti seuraavalle periaatteelle: On toimittava niin, että odotettavissa oleva hyöty suhteessa haittoihin on niin suuri kuin mahdollista.

Periaatteella on hyvin keskeinen asema terveydenhuollossa. Moraalisena periaatteena sen merkitys tulee esille ensisijaisesti silloin, kun arvioidaan toimenpiteiden niin sanottua terveys-hyötyä. Terveys-hyöty tarkoittaa potilaan toimintakyvyn tai kuntoisuuden lisääntymistä, ja sitä ilmaisee hoitotoimenpiteen vaikuttavuus. Periaatteen mukaan pitää valita sellainen toimenpide, jonka terveys-hyöty suhteessa haittoihin on mahdollisimman suuri. Haittoihin kuuluvat oleellisena osana toimenpiteiden vaatimat taloudelliset resurssit. Hoito on tehokasta silloin, kun hyötyjen suhde kustannuksiin on mahdollisimman suuri.

Tehokkuuteen pyrkiminen liittyy kiinnostavalla tavalla kliinisen toiminnan etiikkaan. Resurssien tarpeeton tuhlaaminen (esimerkiksi tehoamaton lääkitys tai hoito) on vastoin hyödyn maksimoimisen periaatetta, ja se saattaa aiheuttaa monille potilaille suurtakin vahinkoa. Tämä osoittaa, että tehokkuuteen pyrkiminen on paitsi taloudellisesti myös moraalisesti perusteltua toimintaa.

Hyödyn maksimoiminen tapahtuu helposti oikeudenmukaisuuden kustannuksella. Sellainen hoito, joka tuottaa hyvin suurta terveys-hyötyä muutamille potilaille mutta heikentää monien muiden potilaiden hoidon tehokkuutta, ei täytä oikeudenmukaisuuden vaatimusta. Samoin hyödyn maksimoiminen niin, että silmämääränä pidetään yksinomaan hoidon tuomaa taloudellista hyötyä, on moraalisesti kestämätöntä. Vaikka jokaisen terveydentilaa on pyrittävä parantamaan niin hyvin kuin mahdollista, oikeudenmukaisuus ja ihmisarvon kunnioittaminen vaativat, että kaikilla on tasapuoliset mahdollisuudet oman terveyden ylläpitämiseen ja ihmisarvoiseen hoitoon. ■

Lisätietoja:

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press 2013.

Launis V. Moniarvoinen terveys. Areopagus 2007.

Launis V. Ihmisarvo. Vastapaino 2018.

Louhiala P, Launis V. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Edita 2009.

Pasternack A, Puustinen R, Hallamaa J (toim.). Lääkäriprofessioni: Professionaalisuus lääkärin työssä. Duodecim 2017.

Pietarinen J, Poutanen S. Etiikan teorioita. Gaudeamus 1998.

Eettisten ongelmien ratkaiseminen käytännössä

Samuli Saarni

LT, FT, VTM, terveydenhuollon etiikan ja sosiaalipsykiatrian dosentti

Terveydenhuollon eettiset kysymykset kiinnostavat perustellusti paitsi lääkäreitä myös potilaita, poliitikkoja ja filosofeja. Yksinkertaistaen voi sanoa, että potilasta kiinnostaa hänen arvojensa ja tarpeittensa mukainen lopputulos, poliitikko poliittisesti hyväksyttävä ratkaisu ja filosofia kysymyksen perusteellinen analyysi. Lääkäri on ainutlaatuisessa asemassa siksi, että hänen kiinnostuksensa etiikkaan on usein käytännöllistä: miten hoidan tätä yksittäistä, vastuullani olevaa potilasta? Lääkäri ei voi lopettaa pohdintaansa kuten filosofi: ”Olipa kiinnostava ja vaikea ongelma! Saanko seuraavan?”

Erilaiset tavat ratkaista lääketieteen etiikan ongelmia pitää suhteuttaa siihen, kuka ongelmaa on ratkaisemassa ja paljonko aikaa on käytettävissä. Jälleen yksinkertaistaen: jos hoitopäätös pitää tehdä viidessä minuutissa, tarvitaan melko yksinkertaisia päättelysääntöjä, joilla voidaan löytää mahdollisimman hyvä ratkaisu. Jos aikaa on kuukausi, voidaan käyttää kaikkia eettisen argumentaation keinoja, pohtia soveltavan etiikan periaatteita ja etiikan teorioita sekä osallistaa muita ihmisiä varmistamaan ratkaisun hyväksyttävyyden. Käytännössä tarvitaan molempia, koska perusteellista aikaa päätösten erittelylle ja valintojen pohdinnalle on usein vasta jälkikäteen.

Jokaisella lääkärillä lienee kokemusta siitä, miten on jälkikäteen joutunut miettimään omien hoitoratkaisujensa oikeellisuutta ja perusteluja. Ääritapauksessa tämän joutuu tekemään kirjallisesti asioiden mentyä jollakin tavalla pieleen. Omien päätösten pohdinta jälkikäteen myös eettiseltä kannalta on osa ammatillista kasvua: ideaalitapauksessa kokemuksen karttuessa myös oma arvomaailma ja lääkärin identiteetti selkeytyvät, ratkaisut ja niiden perustelut kirkastuvat ja päätöksenteko samankaltaisissa tapauksissa helpottuu. Eettisesti ongelmalliseksi koettujen päätösten määrä näyttääkin vähentyvän lääkärin kokemuksen karttuessa.

LOGINEN ARGUMENTAATIO SOVELTAVASSA ETIIKASSA

Eettisessä pohdinnassa voidaan vedota monenlaisiin teorioihin ja periaatteisiin ja liikkua erilaisilla abstraktiotasoilla. Yksi tasoista on argumentaation loogisuus. Lääketieteen eettisten ongelmien ratkaisemisessa on lääketieteellisten tosiasioiden, eettisten periaatteiden ja teorioiden tuntemisen lisäksi kyettävä myös loogiseen pohdintaan. Jos argumentaation perusteet ovat keskenään ristiriitaisia tai päättelyketju virheellinen, ei johtopäätöksiäkään voi pitää uskottavina.

Looginen ja perusteltu kokonaisuus on eettisen argumentaation tavoitteena samankaltaisen kuin lääketieteen tieteellisessä päättelyssä yleensä. Siihen sisältyy kuitenkin etiikan kannalta merkittävä linjaus: puhtaasti omiin mielipiteisiin tai tunteisiin vetoaminen ei ole riittävä peruste eikä kelpaa yksin argumentaation tavaksi. Aivan kuten näyttöön perustuvassa lääketieteessä, eettisen argumentaation perusteiden pitää olla perusteltavissa väitteen esittäjän ”pään ulkopuolisilla” asioilla – eli sellaisilla perusteluilla, jotka ovat muidenkin ihmisten nähtävissä ja kyseenalaistettavissa.

Virheellisen argumentaation syyt voivat olla moninaisia, ja koko virhepäättelyn teemaa voidaan käsitteellistää eri tavoin. Jo antiikin ajoilta tutkitun *retoriikan eli puhetaidon* yksi

määritelmä on, että argumentaation tavoitteena on keskustelukumppanien vakuuttaminen ja taivuttelu omien mielipiteiden suuntaan, totuudesta piittaamatta. Retorisia keinoja ja virheelisiä mutta vakuuttavia argumentaatiotapoja voidaankin käyttää enemmän tai vähemmän tietoisesti toisiin ihmisiin vaikuttamiseen. Argumentaatiovirheiden välttämiseksi on tärkeää tunnistaa tavanomaisimmat retoriset keinot ja virhepäätelyn lajit. Lisäksi on hyvä tunnistaa omat motivaatiotekijänsä – etsitäänkö keskustelussa totuutta, yhdessä löydettävää konsensusta vai oman mielipiteen läpimenoa?

Filosofisessa argumentaatioanalyysissä pyritään erittelemään ja kuvaamaan käsillä oleva kysymys ja sen tueksi tai sitä vastaan esitettävät argumentit mahdollisimman selkeästi, yksiselitteisesti ja johdonmukaisesti. Tekemällä argumentaation taustalla olevat perustelut mahdollisimman läpinäkyviksi voidaan tunnistaa ja erotella subjektiiviset mielipiteet, kulttuurilliset ennakkoluulot ja monet muut ongelmalliset perustelut kestävästä. Toisaalta perustelujen ja niistä vedettävien päätelmien koko ketjun tekeminen läpinäkyväksi mahdollistaa sen, että muut keskustelun osapuolet voivat arvioida paitsi perustelujen hyväksyttävyyttä myös koko päättelyketjun loogisuutta. Käytännön elämään siirrettynä tavoitteena on paitsi kaikkien asian osapuolten (esimerkiksi lääkärin, potilaan ja omaisten) yhteisesti hyväksymä toimintalinja, myös yhteinen käsitys siitä, miksi tämä linja on valittu.

Viime vuosikymmeninä virhepäätelmiä on eri tieteenaloilla enenevästi tutkittu *kognitiivisen vinouman* käsitteen kautta. Taustalla on empiirinen tutkimus siitä, että ihmisillä on tapana painottaa tulkintojaan havainnoistaan tietyillä tavoilla. Nämä tavat eivät useinkaan ole rationaalisia (perustu edellä kuvattuun argumentaatioanalyysin ideaaliin), mutta eivät myöskään yksilöllisesti vaihtelevia tai satunnaisia, vaan *systemaattisesti* vinoutuneita. Toisin sanoen ihmisaivoihin on sisäänrakennettu taipumuksia tietynlaisiin päättelyprosesseihin, joista osa on epäloogisia.

Ihmisen taipumusta kognitiivisiin virhepäätelmiin, hämääriin ajatuksiin tai kiusaukseen manipuloida muita ei pidä kieltää. Lääketieteellisen etiikan ratkaisu kaikkiin näihin lähestymistapoihin on sama: tavoitteena on kuvata erilaisia toimintatapoja tukevat argumentit mahdollisimman selkeästi ja kattavasti ja sitten punnita eri argumentteja keskenään loogisesti ja niin, että ratkaisu on kaikkien keskeisten osapuolten hyväksyttävissä.

EETTISTEN ONGELMIEN RATKAISUN VAIHEET

Rationaalista ja johdonmukaista eettisten ongelmien käsittelyä voidaan tukea käyttämällä systemaattista ongelmanratkaisuprosessia. Tämä on erityisen hyödyllistä, kun aikaa on käytettävissä vähän. Erilaisia ”algoritmeja” eettisten ongelmien ratkomiseen on kehitetty useita. Etiikan luonteesta johtuen nämä ”algoritmit” eivät kuitenkaan automaattisesti ratkaise eettisiä ongelmia, vaan auttavat ensisijaisesti pohtimaan oikeita kysymyksiä oikeassa järjestyksessä.

Glover on tiivistänyt eettisen kysymyksen pohdinnan seuraaviin askeleisiin:

1. Ongelman kuvaus ja määrittely: hypoteesi
2. Ongelman kartoittaminen ja ehdotettujen ratkaisujen tutkiminen
3. Parhaan ratkaisun etsiminen
4. Ehdotetun ratkaisun hyväksymisen varmistaminen

Ongelman kuvauksessa keskeistä on lääketieteellisten ja arvokysymysten erottaminen toisistaan siinä määrin kuin mahdollista. Joskus hoitopäätös voi tuntua eettiseltä ongelmalta vain siksi, että ei tunneta erilaisten hoitovaihtoehtojen lääketieteellisesti todennäköisimpiä

seurauksia, tai potilaan mielipidettä ei ole ehditty kysyä. Keskeistä on siis tunnistaa se aidosti eettinen osa ongelmaa, jota ei voida ratkaista esimerkiksi perehtymällä syvemmin lääketieteelliseen kirjallisuuteen.

Ehdotettujen ratkaisujen tutkiminen edellyttää ymmärrystä mm. lainsäädännön vaatimuksista, hoitosuosituksista ja erilaisista eettisistä ohjeista, joita tässäkin kirjassa esitetään. Filosofisempi analyysi suoraan erilaisista etiikan periaatteista tai teorioista käsin voi myös tulla kyseeseen, jos lääkäriellä on aikaa ja halua pohtia asiaa syvällisemmin.

Parhaan ratkaisun etsiminen tarkoittaa erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen ja niiden perusteiden mahdollisimman läpinäkyvää, rehellistä ja ennakkoluulotonta punnintaa keskenään. Juuri kognitiivisten vinoumien vuoksi muiden ihmisten apu voi tässä kohdin olla erittäin arvokasta.

Ratkaisun hyväksyminen on tärkeää varmistaa siksi, että joskus täysin rationaaliselta vaikuttava päättelyketju voi johtaa käytännössä absurdeihin lopputuloksiin. Esimerkiksi terveydenhuollossa tuotetun terveyshyödyn maksimointi on laajasti hyväksytty periaate – mutta siitä ei voi vetää johtopäätöstä, että terminaalisesti sairaan potilaan surmaaminen elinsiirtojen mahdollistamiseksi olisi hyväksyttävää. Johtopäätösten hyväksyttävyyden varmistaminen auttaa siis estämään virhepäätelmiä sekä korjaamaan argumentaatiota monipuolisemmaksi.

Lähestyttäessä asiaa yksittäisen lääkärin näkökulmasta, voi ideaalin ratkaisun etsintä Lindqvistin mukaan sisältää seuraavat vaiheet ja kysymykset:

1. Mikä on toimintani motiivi?
2. Mihin ratkaisullani erityisesti pyrin?
3. Millaiset toimintatavat ovat hyväksyttäviä tässä tilanteessa?
4. Mitä seurauksia ratkaisustani aiheutuu?

Oman motivaatiopohjan ja hoidon tavoitteiden pohtiminen on eettisen pohdinnan osana aina tärkeää. Onko motiivinamme potilaan auttaminen vai jokin muu, esimerkiksi valitusprosessin lopettaminen? Onko hoidon tavoitteena potilaan taudin parantaminen, kärsimyksen lieventäminen vai potilaan autonomian tukeminen? Pohdinta liittyy siihen, minkälaisen ammattiroolin lääkäri on itselleen sisäistänyt.

Hyväksyttävien toimintatapojen valikoima taas rajaa ratkaisun vaihtoehdot tiettyyn, yleensä aika pieneen vaihtoehtojen joukkoon. Tämä perustuu lääketieteellisiin tosiasioihin (mitä mistäkin hoidosta seuraa, mistä voisi olla potilaalle hyötyä), juridisiin normeihin (potilaan päätöstä kieltäytyä hoidosta tulee noudattaa, ja hänelle tarjota muita vaihtoehtoja) sekä eettisiin periaatteisiin (esimerkiksi autonomian kunnioittaminen, hyötyjen tuottaminen ja haittojen välttäminen sekä oikeudenmukaisuus).

ARVO- VAI ASIAKYSYMYS?

Arvokysymysten ja tosiasioiden erottelu on usein vaikeaa. Se on kuitenkin keskeisen tärkeää, jotta ongelmaa ratkaistaan oikealla tavalla. Lääketieteellisiä, empiirisellä tiedolla ratkaistavissa olevia ongelmia ei pidä ratkoa eettisellä pohdinnalla.

Asia on yhtä tärkeä myös toiseen suuntaan. David Humen jo 1739 julkaiseman periaatteen mukaisesti *siitä miten asiat ovat ei voi päätellä sitä, miten asioiden pitäisi olla*. Kuten eettisistä periaatteista ei voi johtaa lääketieteellistä tietoa, ei myöskään lääketieteellisistä tosiasioista voi johtaa eettisiä normeja tai moraalisia väitteitä. Tämä ”Humen laki” selittää esimerkiksi sen, miksi hoitosuositus on teoriassakin vain suositus: lääketieteen tosiasiat kertovat sen, minkä-

laisia vaikutuksia milläkin hoidoilla todennäköisesti on, mutta eivät sitä, miten yksittäistä potilasta tulisi hoitaa. Hoitopäätös edellyttää aina moraalisen arvostelman siitä, minkälaiset lopputulokset ovat potilaalle, lääkärille ja terveydenhuoltojärjestelmälle tärkeitä. Potilas saa kieltäytyä hoidoista omien arvojensa pohjalta, eivätkä luonnontieteelliset tosiasiat voi tehdä tätä päätöstä moraalisesti vääräksi.

Koska arvo- ja faktakysymysten erottaminen on niin tärkeää, on usein perusteltua avata tätä osaa päättelyprosessissa tarkemmin. Päättelyketju voi BMA:n mukaan näyttää esimerkiksi seuraavalta:

1. Tunnista tilanne sellaiseksi, jossa on kyse eettisestä ongelmasta eikä vain kliinisestä epäselvyydestä oikean hoitolinjan suhteen.
2. Pyri erittelemään ja kuvaamaan ongelma mahdollisimman selkeästi. Mistä eettisestä ongelmasta on kysymys?
3. Hanki tarvittavat lisätiedot, kerää muun muassa tarvittavat empiiriset tosiasiat sekä potilaan ja mahdollisesti kollegoiden mielipide asioista.
4. Selvitä asiaan liittyvät normit, muun muassa lainsäädäntö, eettiset ohjeet ja hoitosuositukset.
5. Pohdi asiaa uudestaan: onko asia ratkaistavissa näillä tiedoilla?
6. Jos kyllä, perustele päätöksesi mahdollisimman selkeästi itsellesi ja tarvittaessa muille.
7. Jos ei, aloita kysymyksen analysointi etiikan periaatteiden avulla vasta tässä vaiheessa.

Mallin keskeinen ajatus on käytännönläheisyys: hoitopäätökset kannattaa ratkaista mahdollisimman selkeällä ja yksinkertaisella argumentaatiolla ja siirtyä monimutkaisempaan eettiseen pohdintaan vasta, kun se on välttämätöntä.

YHTEENVETO

Lääkäri joutuu joskus ratkomaan monitahoisia eettisiä ongelmia kliinisen työn paineessa. Tällöin on hyvä pitää mielessä yksinkertainen päättelykehikko, jonka avulla ongelmaa voi lähestyä. Päätösten oikeellisuutta on ammatillisen kehittymisen takia hyvä miettiä jälkikäteen ajan ja eettisten periaatteiden kanssa.

Eettisiä ongelmia analysoidaan käyttämällä perusteina erilaisia eettisiä teorioita ja periaatteita. Ilman johdonmukaista ajattelua, läpinäkyvää päättelyketjua ja toisten ihmisten näkemystä näistä teorioista voidaan kuitenkin käytännössä johtaa mitä mielikuvituksellisempia päätelmiä. Eettisen argumentaation kehittämisessä keskeistä on avoin vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa: yhdessä pohtien on helpompi löytää päätöksenteolle kestävä perusteet, johdonmukainen argumentaatio ja kaikkien kannalta hyväksyttävä lopputulos. ■

Lisätietoja:

Jonathan Glover. *Causing Death and saving lives*. Penguin books 1977.

Medical Ethics Today. The BMA's handbook of ethics and law, 2nd ed. BMJ publishing group 2004.

Lista tavallisimmista retoriikan keinoista eli argumentaatiovirheistä. <https://fi.wikipedia.org/wiki/Argumentointivirhe>

Argumentointivirhe

Martti Lindqvist 1996: Etiikan merkitys lääkärin työssä. Teoksessa: Lääkärin etiikka, Suomen Lääkäriliitto 1996.

Etiikka, eettiset julistukset ja laki

Salla Silvola, lainsäädäntöneuvos, oikeusministeriö

Kirsi Ruuhonen, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö

Kaikissa yhteiskunnissa on erilaisia normeja, jotka sääntelevät yksilöiden käyttäytymistä. Ne voivat olla niin sanottuja sosiaalisia normeja, jotka liittyvät käytöstapoihin, tai ne voivat olla vapaaehtoisen yhteistoiminnan sääntöjä – kuten se, miten jalkapalloa tai shakkia tulee pelata. Sosiaalisia normeja vakavammin otettavina normeina pidetään yleensä lakia ja moraalisaäntöjä, joiden tehtävänä on ensisijaisesti suojella yksilöitä toisten aiheuttamalta vakavalta vahingolta.

Tietyllä tavalla myös lait ja moraalisaännöt ovat sosiaalisia normeja, jos sosiaalisella normilla tarkoitetaan tietyn yhteisön piirissä ihmisten keskinäistä toimintaa varten asetettuja sääntöjä. Nykyaikaisen oikeusjärjestelmän keskeisimpiin periaatteisiin kuuluvat ihmisoikeudet, erityisesti jokaisen yksilön ihmisarvon kunnioittaminen, ja oikeusvaltion olemassaoloon liittyvät periaatteet, kuten demokratiaperiaate. Näiden syvimpien periaatteiden tasolla oikeudella ja moraalilla ei ole jyrkkää eroa, vaan ne ovat perusta lainsäädännön sisällölliselle pätevyydelle eli hyväksyttävyydelle.

Mutta miksi oikeudellisia tai eettisiä sääntöjä pitäisi kunnioittaa? Useimmat ihmiset noudattavat lakia joko sen takia, että he pitävät lain asettamaa toimintanormia myös eettisesti pätevänä – esimerkiksi kieltoa tahallisesti tappaa viaton henkilö vastoin tämän omaa tahtoa – tai puhtaasti sanktion pelosta.

Näihin kahteen seikkaan perustuvatkin monet lain ja eettisten normien keskeisistä eroista. Lait ovat luonteeltaan täsmällisempiä, kirjallisesti esitettyjä normeja, joiden voimassaolo on aikaan sidottua. Voimme esimerkiksi päätätä, että seuraavan vuoden alusta lukien hedelmöityshoidon antaminen sijaissynnytysjärjestelyä varten on sallittua. Mutta tästä ei seuraa mitään toiminnan eettisen statuksen suhteen, toisin sanoen se voi olla nyt ja tulevaisuudessa eettisesti oikein tai väärin eri näkökulmista tarkasteltuna. Olisi mieleltöntä väittää, että jonkin asian moraalinen status muuttuisi tietyllä päivämäärällä.

Siinä missä ihmiset saattavat noudattaa oikeusnormeja rangaistuksen pelosta, eettisen toiminnan luonteeseen kuuluu – tai ainakin pitäisi kuulua – se, että haluamme toimia eettisesti oikein. Jos hyväksymme tämän oletuksen, eettisesti oikeutettu toiminta ei voi perustua vain auktoriteettien sanelemiin käyttäytymissääntöihin ja kieltoihin tai toimimiseen siten kuin minusta itsestäni kulloinkin parhaalta tuntuu. Aito eettisyys vaatii valmiutta keskusteluun ja pohdintaan, arvojemme ja päämääriemme analysointia sekä konkreettista keskustelua muiden asianosaisten kanssa siitä, miten yleisesti tavoiteltavina pidetyt asiat olisivat parhaiten saavutettavissa. Erityisesti terveydenhuollossa tämä tarkoittaa sitä, että keskustelun tulee jatkuvasti elää tietämyksemme lisääntyessä ja teknologioiden muuttuessa.

Olenainen eettis-yhteiskuntafilosofinen kysymys on, minkälaisessa yhteiskunnassa haluamme elää. Pidämmekö esimerkiksi tieteellistä tutkimusta arvokkaana asiana, jota tulisi rajoittaa vain silloin, kun on perusteltua olettaa tutkimustuloksista aiheutuvan suoraa tai epäsuoraa vakavaa vahinkoa tai kun tutkimus vahingoittaisi tutkittavia henkilöitä? Vai haluammeko elää yhteiskunnassa, jossa uutta tietoa tuottava ja siten ihmisten hyvinvointia mahdollisesti edistävä, oletetusti vahinkoa aiheuttamaton tutkimus voidaan kieltää, jos se loukkaa joidenkin ihmisten moraalisia tai uskonnollisia tunteja? Nämä ovat kysymyksiä, joihin tulee vastata käymällä yhteiskunnallista keskustelua.

SÄÄNNÖSTEN TUNNISTAMINEN

Jotta voisimme tehdä tietoisia ratkaisuja siitä, millaisten normien mukaan haluamme elää ja mitä niiden noudattamisesta seuraa, on tärkeää hahmottaa, mihin ryhmään mikin säännös kuuluu. Edellä on luonnehdittu oikeudellisten, eettisten ja sosiaalisten säännösten välisiä eroja, mutta miten säännös tunnistetaan oikeudelliseksi, eettiseksi tai sosiaaliseksi?

Käytännössä normien laatu on yleensä helppo tunnistaa niiden asettajan perusteella. Oikeudellisia normeja ovat kansallisella tasolla perustuslaki, eduskunnan säätämät lait, presidentin, valtioneuvoston tai ministeriön antamat asetukset, valtioneuvoston tai ministeriön antamat päätökset, tai lailla valtuutetun muun viranomaisen antamat päätökset ja määräykset. Näiden oikeudellisten säännösten keskinäinen etusijajärjestys noudattaa edellä mainittua institutionaalista hierarkiajärjestystä eduskunnasta kunnallistason päätöksentekoon.

KANSAINVÄLISET SÄÄNNÖKSET

Kansallisten oikeudellisten säännösten lisäksi on joukko kansainvälisiä tahoja, joiden antamat säännökset voivat sitoa suomalaista lääkäriä samalla tavoin kuin kansallisetkin säännökset. Esimerkiksi EU-oikeudelliset säännökset sitovat meitä joskus yli kansallisen lainsäädäntömme.

Eurooppalaisittain merkittävimmät säännöstöjen ja suositusten luojat ovat Euroopan neuvosto ja Euroopan unioni. Euroopan neuvosto on Euroopan unionista erillinen kansainvälinen organisaatio, jonka ensisijaiset päämäärät eivät liity taloudelliseen vaan humanitaariseen toimintaan. Sen valmistelemista yleissopimuksista tunnetuin on vuonna 1950 hyväksytty Euroopan ihmisoikeussopimus, johon Suomi liittyi vuonna 1990.

Terveystieteiden sektorin kannalta välittömimmin vaikuttava Euroopan neuvoston yleissopimus on biolääketiedettä ja ihmisoikeuksia koskeva yleissopimus, jonka Suomi ratifioi vuonna 2009. Samassa yhteydessä Suomi ratifioi kaksi biolääketiedesopimuksen lisäpöytäkirjaa, joista ensimmäinen koskee ihmisen toisintamisen kieltämistä ja toinen elinsiirtoja. Nämä kolme asiakirjaa ovat ratifioinnin myötä Suomessa lain veroisena velvoittavia. Sittemmin Euroopan neuvoston yhteydessä on laadittu lisäpöytäkirjat myös biolääketieteellisestä tutkimuksesta ja geenitesteistä. Niitä Suomi ei ole kuitenkaan vielä ratifioinut.

Euroopan neuvoston ministerikomitea hyväksyy myös eriaiheisia suosituksia, jotka ovat meillä lähinnä poliittisesti velvoittavia eikä niihin voi suoraan vedota esimerkiksi kansallisissa tuomioistuimissa. Lainsäädäntö pyritään kuitenkin mukauttamaan näitä suosituksia vastaavaksi.

Euroopan unionin perusoikeuskirjassa on myös terveydenhuoltoon ja lääketieteen etiikkaan liittyviä säännöksiä. Niillä kielletään muun muassa ihmisen geneettinen jalostaminen ja lisääntymistarkoituksessa tapahtuva ihmisten toisintaminen. Sekä Euroopan unionin tuomioistuimien että kansalliset tuomioistuimet ovat velvollisia noudattamaan Euroopan unionin oikeutta perusoikeuskirjaa soveltaessaan.

Euroopan unionin asetukset sitovat sellaisenaan ja suoraan suomalaisia kansallisesta lainsäädännöstämme riippumatta. Direktiivit sen sijaan sitovat lähtökohtaisesti vain Euroopan unionin jäsenvaltioita ja vain saavutettavaan tulokseensa nähden, jättäen kansallisesti valittavaksi toteuttamisen muodon ja keinot. Esimerkkeinä lääkäreiden työhön liittyvistä EU-säännöksistä voidaan mainita sosiaaliturvan koordinoimista koskevat asetukset (883/2004/EY ja 988/2009/EY) ja direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (2011/24/EU), jotka koskevat potilaiden hakeutumista hoitoon toiseen EU-maahan, sekä ammattipätevyysien tunnustamisesta annettu direktiivi (2005/36/EY).

Sellaiset kansainväliset normit kuin *WHO Guidelines for good clinical practice for trials on pharmaceutical products* tai *CIOMS:n (Council for International Organizations of Medical Sciences) International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies* ovat nimensä mukaisesti suosituksen luontoisia. Ne asettavat kuitenkin eettisiä standardeja, jotka usein antavat yksityiskohtaisempaa sisältöä laeissa väljemmin ilmaistuille säännöksille. Esimerkiksi eettiset toimikunnat pyrkivät seuraamaan käytännössään näitä standardeja. Eettisiä ohjeita ei voi asettaa toisiinsa nähden etusijajärjestykseen, mutta jos kansainvälisen suosituksen valmisteluun tai hyväksymiseen on osallistunut maiden virallisia poliittisia edustajia (usein esimerkiksi UNESCO:n asiakirjat), niiden tosiasiallinen painoarvo ja poliittinen velvoittavuus kasvavat.

EI-OIKEUDELLISET NORMIT

Vapaaehtoiseen osallistumiseen perustuvat elimet, kuten yhdistykset, työryhmät tai muut yhteenliittymät, eivät voi tehdä muita kuin jäseniään velvoittavia ratkaisuja, eikä yhteiskunta vastaa niiden sanktioinnista. Ellei viranomaisella ole lakiin perustuvaa valtuutusta antaa määräyksiä, viranomaisenkin antama ohjeistus on – asettajastaan riippumatta – vain suosituksen luonteinen. Yhteiskunnallinen sanktiomekanismi ei tällöin suojaa normin toteuttamista muiden oikeudellisten normien tavoin.

Tästä näkökulmasta katsoen suositusluonteisia ovat muun muassa Maailman lääkäriliiton kannanotot tai Suomen Lääkäriliiton suositukset ja ohjeet. Tällaisetkin normit voivat saada välitöntä oikeudellista merkitystä yhteisön ja sen jäsenten välisessä suhteessa (esimerkiksi viimesijaisena keinona erottaminen Lääkäriliitosta) tai välillistä oikeudellista merkitystä, jos niiden kautta pyritään määrittelemään alalla vallitseva huolellisuusstandardi, tai jos niihin tehdään viittauksia lainsäädännössä. Viittauksia ammatillisten standardien noudattamiseen sisältyy esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettuun lakiin (559/1994) ja terveydenhuoltolakiin (1326/2010).

Lähtökohtaisesti ei-oikeudellisia normeja tuottavan yhteisön normit voivat kuitenkin olla paitsi sosiaalisia normeja, myös eettisiä normeja. Molemmat voivat olla kirjallisia tai kirjoittamattomia, ja niihin voi liittyä tai olla liittymättä sanktio. Eettiseksi normin tekee se, että normi sisältää arvostelman oikeasta ja väärästä jonkun tietyn moraalijärjestelmän mukaan. Sosiaaliseen normiin ei tällaista liity. Sosiaalinen normi on siis tapa, jota on alettu noudattaa tietyssä yhteisössä ilman mainittua punnintaa.

Normin eettisyys perustuu sen taustalla vaikuttavaan pohdintaan oikeasta ja väärästä. Normin eettisyyteen vaikuttaa myös sen eettisen aspektin sisäistäminen. Alun perin eettinen normi tai koodisto saattaa yksilötasolla menettää eettisyytensä, jos sitä aletaan noudattaa sokeasti tavan vuoksi – muistamatta tai tietämättä, mitä pohdintoja ja intressivertailuja normin taakse kätkeytyy. Aitoon etiikkaan ja eettisyyteen liittyy olennaisena osana keskustelu, pohdinta sekä annettujen ohjeiden tarkasteleminen yksittäistapausten kautta.

SÄÄNNÖSTEN SUHDE TOISIINSA

Jos sosiaalisilla normeilla ei ole eettistä tai oikeudellista ulottuvuutta, niiden tulee väistyä ristiriitatilanteessa. Oikeudellisen ja eettisen normin välinen ristiriitatilanne on sen sijaan mutkikkaampi. Terveydenhuoltoa ja lääketiedettä koskeva aineellinen lainsäädäntö (esimerkiksi potilassuhdetta käsittelevä lainsäädäntö) koostuu usein oikeudellisiksi normeiksi muunnetuista eettisistä periaatteista. Oikeuden ja etiikan välinen suhde nimenomaan terveydenhuol-

lon alueella on hyvin läheinen. Ongelmana onkin se, että ei liene sellaista oikeudellisesti itse-
näistä yhteisöä, jonka kaikki jäsenet olisivat yhtä mieltä lainsäädännön taustalla vaikuttavan
eettisen järjestelmän oikeellisuudesta. Demokraattisesti hyväksytyt lait ovat usein neuvotte-
lun tuloksia eivätkä toteuta yhtä ainoaa eettistä järjestelmää. Sen sijaan ne ovat kompromis-
seja erilaisista periaatteista tai eettisistä järjestelmistä, kuten autonomia (itsemäärääminen) ja
paternalismi (holhousperiaate), tai velvollisuusetiikka (teon vaikuttimien oikeuden tai vää-
ryyden arviointi) ja seurausetiikka (teon seuraukset moraalisena arviointiperusteena).

Koska eettisen harkinnan tarve on erityisesti terveydenhuollossa yksittäistapauksissa suuri,
esimerkiksi Suomessa on pyritty tekemään varsin väljiä oikeudellisia säännöksiä. Tulevaisuu-
den ongelmatilanteita ja teknistä kehitystä on vaikea ennustaa, ja joskus myös kansainväliset
sitoumukset luovat painetta hyvinkin yksityiskohtaiseen sääntelyyn. Tällöin on hyvin mah-
dollista, että laki ja etiikka (joko yhteisö- tai yksilötasolla) joutuvat ristiriitaan. Ajankohtaista
keskustelua käydään esimerkiksi eutanasiasta. ■

Lisätietoja:

- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). International Ethical Guidelines for
Epidemiological Studies. Geneva 2009.
- Yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi 4.11.1950. Council of Europe Treaty Series (CETS)
5, SopS 63/1999.
- Gylling H A. Tutkijan ammattietiikka. Teoksessa Hallamaa J ym. toim. Etiikkaa ihmistieteille. Suomalaisen
Kirjallisuuden Seura 2006.
- Ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla tehdyn yleissopimuksen lisäpöytäkirja
ihmisten toisintamisen kieltämisestä 12.1.1998. CETS 168, SopS 24/2010.
- Yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla: yleissopimus
ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä 4.4.1997. CETS 164, SopS 24/2010.
- Ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä tehdyn yleissopimuksen lisäpöytäkirja ihmisalkuperää olevien elinten ja
kudosten siirroista. 24.1.2002. CETS 186, SopS 24/2010.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, 29.4.2004, sosiaaliturvajärjestelmien
yhteensovittamisesta.
- Euroopan unionin virallinen lehti (EUVL) L 166/1, 30.4.2004.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY, 7.9.2005, ammattipätevyyden tunnustamisesta. EUVL L
255, 30.9.2005.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, 9.3.2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat
ylittävässä terveydenhuollossa. EUVL L 88/45, 4.4.2011.
- Euroopan unionin perusoikeuskirja. EUVL C 83/389, 30.3.2010.
- Euroopan unionista tehdyn sopimuksen konsolidoitu toisinto. EUVL C 83/13, 30.3.2010.
- Lahti R. Terveydenhuollon etiikan ja oikeuden rajankäyntiä. Teoksessa Eettisyyttä terveydenhuoltoon:
Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998–2002. ETENE-julkaisuja 5. Sosiaali- ja
terveysministeriö 2002. <http://www.etene.fi/julkaisut/2002>
- Lahti R. Lääkintäoikeus- ja bio-oikeus oppiaineena Helsingin yliopiston oikeustieteellisessä tiedekunnassa 1997-
2011. Teoksessa Lahti R, toim. Biolääketiede, tutkimus ja oikeus. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan
julkaisuja. Forum Iuris 2012.
- Lindqvist M. Lääkintäetiikan luonne ja tehtävä. Teoksessa Achté K ym. toim. Lääkintäetiikka. Vaasa Oy 1982.
- Lötjönen S. Lääketieteellinen tutkimus ihmisillä. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja.
Forum Iuris 2004.
- Ojanen T. EU-oikeuden perusteita. 3. Uudistettu laitos. Helsinki 2016.
- Siltala R. Oikeustieteen tieteenteoria. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja, A-sarja N:o 234. Suomalainen
Lakimiesyhdistys 2003.
- Tuori K. Oikeusjärjestys ja oikeudelliset käytännöt. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja.
Helsinki 2003.
- World Health Organisation. Guidelines for good clinical practice (GCP) for trials on pharmaceutical products.
WHO Technical Report Series, No. 850, 1995, Annex 3.

Näkökulmia terveydenhuollon oikeudenmukaisuuteen

Ilmo Keskimäki, professori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Tampereen yliopisto

Käsitykset reilusta ja oikeudenmukaisesta yhteiskunnasta vaihtelevat maasta ja kulttuurista toiseen. Silti käytännössä kaikissa maissa keskeisiin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin liittyy terveyspalvelujen saatavuuden oikeudenmukaisuus. Käsitykset siitä, mitä tällä oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan, voivat vaihdella eri maissa, mutta jossain muodossa tavoite on yleensä kirjattu maiden lainsäädäntöön tai poliittisiin tavoitteisiin.

Terveyspalvelujen erityisasema on kiinnostava, sillä monet yhteiskunnat hyväksyvät suuria jäsentensä välisiä eroja useassa muussa asiassa, kuten asumisessa, koulutuksessa tai ravinnossa. Toisaalta oikeutta terveyteen pidetään keskeisenä ihmisoikeutena ja terveyspalvelut ymmärretään keskeiseksi keinoksi ylläpitää terveyttä. Kaikkia terveydenhuollon eroja ei voi kuitenkaan pitää osoituksena epäoikeudenmukaisuudesta, vaan siitä on kyse silloin kun yhteiskunnassa muita heikommassa asemassa oleva ihmisryhmä joutuu systemaattisesti huonompaan asemaan sen suhteen, millaisia mahdollisuuksia tällä ryhmällä on ylläpitää terveyttään tai käyttää terveyspalveluita. Käytännössä terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta tarkastellaan yleensä sosiaaliryhmien, etnisen taustan, sukupuolen tai maantieteellisten alueiden suhteen.

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta arvioidaan yleensä kahdesta näkökulmasta. Toisaalta tarkastellaan tavalla tai toisella palvelujen käyttöä ja toisaalta terveyspalveluista aiheutuvia kustannuksia sekä heikentyneestä terveydestä aiheutuvia toimentulo-ongelmia. Palvelujen käytön jakaumaa voidaan edelleen arvioida sen mukaan, tarkoitetaanko yhdenvertaisuudella mahdollisuuksia käyttää palveluja tai palvelujen saavutettavuutta, palvelujen toteutunutta käyttöä, terveydenhuollon voimavarojen kohdentumista vai palvelujen tuloksena saavutettua terveyshyötyä.

Toinen terveydenhuollon oikeudenmukaisuuteen liittyvä tärkeä jako on horisontaalinen ja vertikaalinen oikeudenmukaisuus. Horisontaalisella oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että samankaltaisia kohdellaan samalla tavalla. Esimerkiksi samaa ja yhtä vaikeaa sairautta sairastavia potilaita hoidetaan samalla tavalla ja hoitoon käytetään yhtä paljon voimavaroja riippumatta potilaan sosiaalisesta asemasta tai muusta sairauteen liittymättömästä tekijästä.

Vertikaalisella oikeudenmukaisuudella puolestaan tarkoitetaan sitä, että erilaisia kohdellaan eri lailla, mutta oikeudenmukaisessa suhteessa heidän erilaisuuteensa. Usein ajatellaan, että tämä toteutuu terveyspalvelujen rahoituksessa, jos henkilöt vastaavat rahoituksesta maksukykynsä mukaisella osuudella. Palvelujen käytössä on puolestaan oikeudenmukaista käyttää enemmän voimavaroja vakavien, henkeä uhkaavien sairauksien hoitoon. Vertikaalista oikeudenmukaisuutta ei ole kuitenkaan aina yksinkertaista noudattaa. Miten esimerkiksi arvioidaan oikeudenmukaisuutta, kun päätetään voimavarojen kohdentumisesta eri erikoisaloille kuten sydän- tai syöpätautien hoitoon tai mielenterveyspalveluihin? Tällaisissa tapauksissa päätöksiin saattavat vaikuttaa vanhat käsitykset sairauksiin liittyvästä stigmasta eivätkä pelkästään tiedot hoidon hyödyistä, kuten palveluilla saatavista laatupainotetuista lisäelinvuosista.

Suomessa terveydenhuollon oikeudenmukaisuus on perinteisesti määritelty terveyspalvelujen tarpeenmukaisena käyttönä siten, etteivät henkilön tulot, sosiaalinen asema tai muut

vastaavat seikat vaikuta mahdollisuuksiin käyttää palveluita. Nämä tavoitteet on kirjattu perustuslakiin, lakiin potilaan oikeuksista ja toistuvasti erilaisiin terveystaloudellisiin linjauksiin. Terveydenhuoltolaissa oikeudenmukaisuuden tavoitteet on viety astetta pidemmälle ja lain tarkoituksena on määritelty väestöryhmien välisten terveystaloudellisten kaventaminen. Siitä huolimatta terveystaloudet ovat Suomessa suuret ja näyttävät joidenkin terveystalouden mittareiden mukaan jopa kasvavan.

Suomessa terveydenhuollon ja siihen liittyvän kustannusrasitteen oikeudenmukaisuutta on pyritty toteuttamaan universalismin periaatteita noudattavalla terveydenhuollolla ja sairausvakuutusjärjestelmällä, joiden kustannukset on pääosin katettu yhteiskunnan keräämien verojen tai veroluontoisten maksujen avulla.

Universalismiin – avoimuuteen kaikille – on pyritty Suomessa sillä, että oikeus terveyspalvelujen käyttöön ja sairausvakuutuskorvauksiin on perinteisesti ollut asumisperusteinen. Myös julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut on säädelty, useimmat maksut ovat suhteellisen pieniä ja osa palveluista on ilmaisia. Alueellisiin eroihin on pyritty vaikuttamaan kuntien valtionosuusjärjestelmällä. Sen avulla on tasattu kuntien mahdollisuuksia järjestää asukkailleen sekä terveys- että muita julkisia palveluita. Vaikka Suomen terveydenhuoltojärjestelmä edistää palvelujen saatavuutta monella tavalla, on palvelujen käytössä havaittu väestöryhmien välisiä eroja, jotka eivät vastaa palvelujen tarvetta. Näitä eroja on havaittu kaikentyyppisissä palveluissa ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta vaativiin toimenpiteellisiin hoitoihin tai syövän hoitoon.

Kun tarkastellaan syitä väestöryhmien välisiin eroihin terveyspalvelujen käytössä, erotetaan usein niin sanotut tarjonta- ja kysyntätekijät. Terveyspalvelujen tarjontaan vaikuttavilla tekijöillä tarkoitetaan terveydenhuoltojärjestelmään, sen rakenteeseen ja voimavaroihin liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat palvelujen saatavuuteen. Esimerkiksi millaisia voimavaroja ja palveluita on tarjolla, ja miten hyvin ne vastaavat väestön ja sen alaryhmien palvelujen tarvetta. Kysyntätekijöillä puolestaan viitataan palveluihin tai palvelujen tarvisijaan itseensä liittyviin tekijöihin, jotka tukevat tai heikentävät henkilöiden mahdollisuuksia palvelujen käyttöön. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi palvelumaksut, mutta myös palveluja tarvitsevien koulutus ja siihen pohjautuvat tiedot terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja terveydenhuollosta sekä ymmärrys, miten terveydenhuollon monimutkaisessa järjestelmässä kannattaa toimia.

Suomessa terveyspalvelujen käytön eroihin vaikuttavia tarjontatekijöitä ovat muun muassa työterveyspalvelut ja yksityissektorin palvelut. Niillä on suuri painoarvo palvelujen tarjonnassa, ja ne parantavat työsuhteessa olevien ja hyväosaisten henkilöiden mahdollisuuksia käyttää terveyspalveluita. Siten ne erottelevat palvelujen tarvisijoita sosiaalisen aseman mukaan. On myös niin, ettei Suomen julkinenkaan terveyspalvelujärjestelmä ole täysin uni-versaali, vaan esimerkiksi ns. paperittomien tai turvapaikanhakijoiden oikeutta käyttää terveyspalveluita on eri tavoin rajattu. Eroja terveyspalveluissa aiheuttavat tasausjärjestelmistä huolimatta myös kuntien väliset taloudellisen kantokyvyn erot. Hajautetun ja hajanaisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän takia taloudelliset edellytysten ja osaamisen erot heijastuvat alueellisiin eroihin palvelujen saatavuudessa ja laadussa.

Kysyntätekijöistä terveyspalvelujen käytön eroihin vaikuttaa Suomessa keskeisesti potilaiden suuri maksuosuus terveydenhuollon kustannuksista. Erityisen paljon vaikuttavat lääkekustannusten suuri omavastuuosuus ja esimerkiksi suun terveydenhuollon kalliit asiakasmaksut. Tämä heikentää pienituloisten mahdollisuuksia käyttää näitä palveluita. Uusi eroihin vaikuttava tekijä saattaa olla palvelujen muuttuminen digitaalisiksi. Digitaalisiin ratkaisuihin perustuvia palveluprosesseja suunniteltaessa onkin tarpeen ottaa huomioon, että kaikilla ei ole mahdollisuutta tai osaamista näiden palvelujen käyttöön.

Suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää on aika ajoin syystäkin arvosteltu väestö- ja asiakaslähtöisyyden puutteesta. Vastaavtko esimerkiksi kuntoutuspalvelut ja psykososiaaliset palvelut väestön terveystarpeita, ja ovatko palvelut helposti myös niiden henkilöiden käytettävissä, joilla on erilaisia toimintakyvyn vajeita tai jotka puhuvat äidinkielenään muuta kuin suomea. Entä onko mahdollista, että jotkut hoitojärjestelyt olisivat niin hankalia, että niiden noudattaminen edellyttää potilaalta erityisiä voimavaroja, osaamista tai esimerkiksi ikääntyvällä potilaalla perheen tukea, jota ei kuitenkaan ole kaikilla saatavissa.

Osaan edellä kuvatun kaltaisista terveystalvelujen kysyntään liittyvistä tekijöistä voidaan vaikuttaa myös palvelujärjestelmän omassa toiminnassa. Voidaan esimerkiksi kehittää keinoja tukea potilaiden kykyä ymmärtää hoito-ohjeita ja siten parantaa heidän mahdollisuuksiaan hyötyä hoidosta. Myös terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välisellä suhteella on merkitystä. Ammattilaisten on todettu olevan helpompaa sekä ymmärtää potilaita, joilla on heidän kanssaan samankaltainen tausta, että muodostaa heihin toimivampi potilassuhde. Sen lisäksi että potilastyöhön liittyy eettinen yhdenvertaisuusvaatimus, yksittäinen lääkäri tai terveydenhuollon ammattilainen voi edistää yhdenvertaisuutta myös vaikuttamalla syrjimättömiin ja oikeudenmukaisuutta tukeviin hoitokäytäntöihin ja palvelukulttuuriin.

On helppo ymmärtää, että järjestelmän oikeudenmukaisuus otetaan huomioon usein myös terveystalvelujen laatua arvioitaessa. On vaikea ajatella, että vahvasti eriarvoistava terveydenhuoltojärjestelmä, joka erottelee potilaita muuten kuin palvelujen tarpeen perusteella, olisi erityisen laadukas tai saavuttaisi kovinkaan hyvin yleisesti hyväksyttyä tavoitetta terveyshyödyn tehokkaasta tuottamisesta. Samoin olisi vaikea pitää kovin reiluna ja oikeudenmukaisena yhteiskuntaa, jossa mahdollisuudet käyttää terveystalveluita perustuisivat tarpeen sijasta varallisuuden tai muuhun sosiaaliseen asemaan. Viime kädessä terveydenhuollon oikeudenmukaisuus kytkeytyy ajatuksiin hyvästä ja oikeudenmukaisesta yhteiskunnasta, mutta oikeudenmukaisuuden toteutuminen on myös hyvin ja rationaalisesti toimivan terveydenhuoltojärjestelmän indikaattori. ■

Lisätietoja:

- Kekomäki Martti. Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin. Duodecim, Helsinki 2019.
- Keskimäki Ilmo. Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2010;47:201–207. <https://journal.fi/sla/article/view/3626/4173>
- Mikkonen Juha. Terveyden tasa-arvon tulevaisuus. Demos Helsinki Briefing. Helsinki 2015. <https://www.demoshelsinki.fi/wp-content/uploads/2015/01/Terveiden-tasa-arvon-tulevaisuus.pdf>
- Muuri Anu, Manderbacka Kristiina, Vuorenkoski Lauri, Keskimäki Ilmo. Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveystalveluiden oikeudenmukaisuudesta. Yhteiskuntapolitiikka 2008;73(4):446–451. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101134/muuri.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rosalind Raine, Zeynep Or, Stephanie Prady, and Gwyn Bevan. Essay 5. Evaluating health-care equity. In Rosalind Raine et al. Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health. NIHR Journals Library; 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361257/>
- Teperi Juha, Vuorenkoski Lauri, Manderbacka Kristiina, Ollila Eeva, Keskimäki Ilmo, toim. Hyvinvointivaltion rajat: Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Helsinki 2006. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76061/M233-VERKKO.pdf?sequence=1>
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2001. <https://etene.fidocuments/1429646/1559098/2001+julkaisu+Oikeudenmukaisuus+ja+ihmisarvo+suomalaisessa+terveydenhuollossa.pdf/5aba3674-c031-44c7-a20b-074b07b85a9c/2001+julkaisu+Oikeud>

Potilas-lääkärisuhde

Potilaan ja lääkärin kohtaaminen on terveydenhuollon ydintapahtuma. Lääketieteen ja yhteiskunnan kehittyessä sen ympärille on rakentunut koko terveydenhuoltojärjestelmä ja siihen liittyvä monitasoinen juridinen sääntely.

Yksilötasolla tilanne on pääosin ennallaan: potilas kertoo ongelmansa lääkärille, ja lääkäri yrittää auttaa häntä ammattitaitonsa avulla. Toimintaa ohjaa lääkärin etiikkaan perustuva ammatillisen käytöksen normi.

Tässä luvussa tarkastellaan potilaan ja lääkärin kohtaamisen eettisiä ja juridisia periaatteita. Näiden rinnalla on lääkärin ja potilaan kohtaaminen vuorovaikutuksellisen prosessina, johon kuuluu erilaisia eettisiä ja käytännöllisiä haasteita. Erityiskysymyksinä tarkastellaan potilaan kulttuuritaustan merkitystä, oikeutta terveyteen ja velvollisuutta antaa hoitoa maassa oleskeleville, toimintaa mahdollisen hoitovirheen sattuessa, hoidosta päättämisen periaatteita sekä potilastietojen hyödyntämistä.



Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet

Potilaslain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon kulloinkin terveydenhuollon käytössä olevien voimavarojen rajoissa.

Lääkärillä on velvollisuus hoitaa potilasta soveltaen hyväksytyjä ja kokemukseräisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Lääkärin on pyrittävä jatkuvasti täydentämään koulutustaan.

Potilaan hoidosta on päätettävä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan itsemääräämisoikeus merkitsee siten viime kädessä suostumista hoitoon tai kieltäytymistä siitä. Lääkärin velvollisuus on noudattaa tätä potilaan tahtoa.

Tässä artikkelissa käydään läpi potilaslain keskeiset periaatteet. Muuta aiheeseen liittyvää lainsäädäntöä käsitellään toisaalla tässä kirjassa.

Keskustelu ihmisoikeuksista on ollut keskeisenä lähtökohtana kansainvälisille sopimuksille potilaan oikeuksista. Monissa kansallisissa laeissa ja kansainvälisissä sopimuksissa on kansalaisten oikeuksista säännöksiä, jotka myös terveydenhuollossa on otettava huomioon. Kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja perustuslain säännökset ovat perustana terveydenhuollon varsin yksityiskohtaisille säädöksille. Perustuslain (731/1999) 19 § asettaa julkiselle vallalle velvollisuuden turvata laissa tarkemmin määritellyllä tavalla jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä.

Suomessa säädettiin ensimmäisenä Euroopassa potilaan oikeuksia koskeva laki (785/1992). Sitten potilaan oikeuksia on vahvistettu monissa maissa sekä myös kansainvälisin sopi-

muksin. Suomen Lääkäriliiton aloitteesta Maailman lääkäriliitto WMA uudisti potilaiden oikeuksia koskevan Lissabonin julistuksen vuonna 1995. Siihen on nyt kirjattu samat keskeiset periaatteet kuin potilaslaissa. Lääkärien ammattikunta on ollut mukana vahvistamassa potilaiden oikeuksia, koska potilaiden aseman vahvistamisen on nähty parantavan hoidon vaikuttavuutta ja siihen sitoutumista.

Potilaslakiin kirjatut potilaan oikeudet muodostavat potilas–lääkärisuhteen ytimen. Nämä oikeudet velvoittavat lääkäriä toimimaan niin, että oikeudet toteutuvat. Potilas–lääkärisuhde on erityinen: siinä lääkäri on lääketieteen ja potilas oman elämänsä asiantuntija. Potilas tarvitsee lääkäritään tukea ja ymmärrettävää tietoa, jotta hänen on mahdollista osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Keskustelussa on huomioitava lääketieteellisten perustelujen lisäksi potilaan omat arvot, jotka vain hän voi tuoda mukaan siihen keskusteluun, jossa päätetään hänen arkeansa koskevista asioista.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden joukossa lääkäriillä ja hammaslääkäriillä on erityisasema, koska vain laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri voi päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 22 §). Lääkäriillä on myös oikeus lain määräämissä tilanteissa hoitaa potilasta tämän tahdosta riippumatta. Yleensä – myös tahdosta riippumattomassa hoidossa – potilasta hoidetaan kuitenkin yhteisymmärryksessä hänen kanssaan potilaslain säännösten ja hengen mukaisesti.

OIKEUS HYVÄÄN HOITOOON – LÄÄKÄRIN VELVOLLISUUS HOITAA HYVIN

Potilaslakiin on kirjattu yleisesti hyväksytyt ja pitkälle noudatettuja hyvän hoidon periaatteita. Lain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon kulloinkin terveydenhuollon käytössä olevien voimavarojen rajoissa. Potilaan hoito on järjestettävä hänen ihmisarvonsa ja vakaumuksensa mukaisesti ja hänen yksityisyyttään kunnioittaen. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on otettava hoidossa huomioon mahdollisuuksien mukaan. Jos potilaalla ja lääkäriillä ei ole yhteistä kieltä, on tarvittaessa käytettävä tulkkia. Yhteisen kielen merkitys yhteisymmärryksen tavoittelussa on tärkeää. Lääkäriin kielitaito on siinä olennainen osatekijä, ja yhteisymmärrys on keskeinen myös potilasturvallisuuden näkökulmasta. Työnantajalla on velvollisuus varmistaa, että työntekijöillä on tehtävänsä edellyttämä riittävä kielitaito.

Potilaan hoitoa ja tutkimuksia koskevien ratkaisujen on oltava eettisesti hyväksyttävistä ja lääketieteellisesti perusteltuja. Lääkäri on velvollinen ammattitoiminnassaan soveltamaan yleisesti hyväksytyt ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Lääkäriin on pyrittävä jatkuvasti täydentämään koulutustaan. (Ks. [Tieteellinen näyttö ja hoitopäätökset, Jatkuva ammatillinen kehittyminen](#))

Jos henkilö on kiireellisen hoidon tarpeessa, hänelle on annettava hoitoa päivystysluontoisesti. Muutoin hänet terveydentilansa mukaisesti joko ohjataan odottamaan hoitoon pääsyä tai toimitetaan hoitoon muualle. Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta, esimerkiksi jonoon asetettaessa arvioidaan odotusajan pituus. Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle henkilölle annettavasta avusta ja hoitoon ottamisesta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010).

POTILAAN TIEDONSAANTIOIKEUS – LÄÄKÄRIN SELVITYKSENANTOVELVOLLISUUS

Potilaalla on lain mukaan oikeus saada selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä sekä eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus antaa potilaalle tämä selvitys, ellei potilas ole kieltäytynyt vastaanottamasta tietoa. Selvitys on annettava siten, että potilas ymmärtää riittävän hyvin sen sisällön. Hänellä on myös oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot potilasasiakirjoista. Selvitystä ei pidä antaa, jos sen antamisesta katsotaan aiheutuvan vakava vaara potilaan hengelle tai terveydelle. Käytännössä tämä voi koskea esimerkiksi itsemurhavaarassa olevia masennuspotilaita.

VELVOLLISUUS HOITAA POTILASTA YHTEISYMMÄRRYKSESSÄ

Lääkärin tehtävänä on toimia potilaansa parhaaksi ja toimia asiantuntijana, jonka tietoja ja taitoja potilas käyttää hyväkseen. Potilaan hoidosta ja tutkimuksista on päätettävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan itsemääräämisoikeus merkitsee viime kädessä suostumista hoitoon tai kieltäytymistä siitä. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta, hoitotoimenpiteestä ja tutkimuksista, ja tällöin häntä on hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilas voi esittää toiveitaan tutkimuksista ja hoidoista, mutta lääkäriellä ei ole velvollisuutta noudattaa potilaan tahtoa, jos nämä tutkimukset ja hoidot eivät ole lääketieteellisesti perusteltuja tälle potilaalle. Lääkäri toimii kliiniseen autonomiaansa nojaten myös silloin, kun potilas vaatii hoitoja.

Jos potilas on selkeästi ilmaissut hoitoaan koskevan tahtonsa esimerkiksi hoitotahdossaan, sitä tulee kunnioittaa. Itsemääräämiseen kykenevällä (kompetentilla) potilaalla on toisin sanoen siis oikeus kieltäytyä suositellusta hoidosta ja tutkimuksista silloinkin, kun kieltäytyminen vaarantaa potilaan terveyden tai jopa hengen. Kompetenssin arvioinnin kannalta on tärkeää selvittää, että potilas on ymmärtänyt, mitä hänen päätöksestään seuraa, ja että potilas tietää hoidon ja hoitovaihtoehtojen vaikutukset. Hoitotahdon avulla potilas jatkaa itsemääräämisoikeutensa käyttämistä vielä senkin jälkeen, kun hän ei kykene päättämään hoidostaan.

MILLOIN OMAINEN TAI MUU LÄHEINEN OTTA KANTAA POTILAAN HOITOON?

Jos täysi-ikäinen potilas ei itse kykene päättämään hoidostaan mielenterveyden häiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi, potilaan ns. sijaispäättöksentekijältä selvitetään, millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. Jos asiasta ei näin saada selvyyttä, potilasta on hoidettava hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. Sijaispäättöksentekijä voi olla potilaan laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen.

Tärkeät hoitopäätökset tehdään yhteisymmärryksessä potilaan sijaispäättöksentekijän kanssa. Sijaispäättöksentekijän on otettava huomioon potilaan tahto ja hänen henkilökohtainen etunsa. Jos sijaispäättöksentekijöitä on useita ja heidän näkemyksensä hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Näin on viime kädessä lääkärin tehtävä hoitaa potilasta harkintansa mukaan tämän parhaaksi. Sijaispäättöksentekijällä ei ole oikeutta kieltää potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa. Vain potilas itse voi kieltäytyä kaikesta hoidosta ja tutkimuksista.

ALAIKÄINEN POTILAS

Lapsen itsemääräämisoikeus laajenee iän mukana. Potilaslain mukaan alaikäisen mielipide hoidosta pitää ottaa huomioon, kun se on hänen ikänsä ja kehitystasonsa huomioon ottaen mahdollista. Alaikäistä hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jos lääkäri arvioi hänen pystyvän ikänsä ja kehitystasonsa perusteella päättämään hoidostaan. Alaikäisellä on tällöin oikeus myös kieltää itseään koskevien tietojen antaminen huoltajalleen.

Jos lääkäri arvioi, että alaikäinen ei kykene itse päättämään hoidostaan, häntä hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Alaikäisen potilaan huoltajalla tai muulla laillisella edustajalla ei ole lain mukaan oikeutta kieltää potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan sairauden hoitoa. Vanhemmilla ei siis ole oikeutta kieltää esimerkiksi verensiirtoa uskonnollisista syistä, jos se on lapsen pelastava toimenpide.

Potilaslaissa tai muussakaan terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole lapsen päätöksentekokyvyn ja tahdon noudattamisen ikärajoja. Lapsen kyky tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä vaihtelee varsin paljon riippuen paitsi hänen iästään ja kehitystasostaan myös asiasta, jonka vuoksi hän kääntyy terveydenhuollon puoleen. Esimerkiksi kouluterveydenhuollon käynneillä on paljon tilanteita, joista nuori selviytyy yksin, eikä hänen huoltajiansa näin ollen tarvita tekemään hoitopäätöksiä. Toisaalta vakavissa sairauksissa ja tilanteissa, joissa hoidoissa joudutaan ottamaan isoja riskejä, lapsen päätöksenteon tueksi tarvitaan usein hänen vanhempiaan. (Ks. [Lapset ja nuoret, Rokotusten etiikka](#))

VELVOLLISUUS TEHDÄ POTILASASIAKIRJAMERKINNÄT

Potilasasiakirjojen tehtävä on turvata potilaan hoidon jatkuvuus. Huolellisesti laaditut potilasasiakirjamerkinnät ovat tärkeitä erityisesti pitkäaikaisissa sairauksissa: ne turvaavat potilaan hoidon jatkuvuuden myös silloin, kun ammattihenkilöt vaihtuvat, ja potilaan sujuvan siirron terveydenhuollon yksiköiden välillä. Potilasasiakirjoissa olevat tiedot ovat salassa pidettäviä henkilötietoja. Hoitosuhteen luottamuksellisuus ja potilaan yksityisyyden suoja edellyttävät erityistä huolellisuutta potilastietojen käsittelyssä. Potilaskertomuksen ja muiden potilasasiakirjojen laatiminen on lääkärin lakiin perustuva velvollisuus. Potilasasiakirja-asetuksen (298/2009) edellyttämät potilaan hoidon kannalta tarpeelliset tiedot on kirjattava potilasasiakirjoihin. (Ks. [Potilasasiakirjat](#))

Asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnät lisäävät sekä potilaan että lääkärin oikeusturvaa. Erityisesti hoidon rajouksia koskevat merkinnät on laadittava huolellisesti ja myös potilaan oma kanta tai suostumus on merkittävä sairaskertomukseen. Samoin on tarpeen kirjata, mikäli potilas kieltäytyy hoidosta. Jos potilaan hoitoa joudutaan arvioimaan jälkikäteen esimerkiksi epäiltäessä potilasvahinkoa tai hoitovirhettä, potilasasiakirjat ovat arvioinnissa keskeinen tietolähde. Niistä selvitetään, miten hoito on toteutettu, kenen suostumus hoitoon on saatu ja mitä tietoa potilas tai hänen sijaispäättöksentekijänsä on saanut päätöksentekonsa tueksi. Lisäksi selvitetään, minkälaisia menetelmiä on pohdittu ja arvioitu keskenään, minkälaisia päätöksiä on tehty ja kuinka potilaan vointia on seurattu. Potilasasiakirjamerkintöjen puuttuminen näistä seikoista voidaan katsoa potilaan eduksi näyttöiharkinnassa.

LUOTTAMUKSELLISUUS HOITOSUHTEESSA

Luottamus on kestävä potilas-lääkärisuhteen perusta. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa potilaan sairautta, hoitoa ja tutkimuksia koskevaa tietoa annetaan potilaalle oma-aloitteisesti

eikä vain potilaan erikseen esittämien kysymysten perusteella. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa potilas voi luottaa siihen, että lääkäri ei luvatta ilmaise sivulliselle potilaan salassa pidettävää sairautta tai terveydentilaa koskevaa tietoa. (Ks. Salassapitovelvollisuus ja sen poikkeukset) ■

Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset

Potilaan oikeus päättää itseään koskevista asioista on kirjattu lakiin ja kansainvälisiin sopimuksiin. Lääkärin velvollisuutena on kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta.

Potilaan itsemääräämisoikeuden peruseriaatteesta on lainsäädännössä poikkeuksia, joiden lähtökohtana on suojata potilaan oikeutta hoitoon silloin, kun hän itse ei kykene päättämään hoidostaan (mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki tai kehitysvammalaki) tai merkittävä yhteiskunnan etu astuu yksilön edun edelle (tartuntatautilaki ja mielenterveyslaki).

Itsemääräämisoikeudesta poikkeamiset ovat periaatteellisesti merkittäviä, joten niihin liittyvien hallinnollisten menettelytapasäännösten ja dokumentaation merkitys korostuu.

Lääkärit ovat avainasemassa muutoksissa, joilla tavoitellaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja rajoitustoimenpiteiden vähentämistä hoitokulttuurissa.

Potilaslain (785/1992) mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Myös niiden potilaiden tahtoa on kunnioitettava, jotka eivät itse kykene päättämään hoidostaan. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan vapaaehtoisuutta hoitoon ja osallistumista itseään koskevaan päätöksentekoon riittävän ja ymmärrettävän tiedon pohjalta. Potilaalla on oikeus myös kieltäytyä hoidosta silloinkin, kun se voi johtaa hänen terveytensä tai henkensä vaarantumiseen. (Ks. Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet)

Lääkäri saattaa työssään joutua tekemään potilaan itsemääräämisoikeuden ja vapauden ohittavia päätöksiä. Vapaus ja itsemääräämisoikeus ovat Suomen perustuslakiin (731/1999) kirjattuja kansalaisten perusoikeuksia, joihin puuttumiseen tarvitaan lain antamat perusteet. Mielenterveyslaissa (1116/1990), päihdehuoltolaissa (41/1986), laissa kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977), tartuntatautilaissa (1227/2016) sekä lastensuojelulaissa (417/2007) on säännökset niin sanotuista pakkokeinoista, joita voidaan käyttää lain edellytysten täytyessä. Lisäksi lääkärillä on työssään mahdollisuus käyttää erityistilanteissa muita säännöksiä. Perusoikeuksien toteutumisen ensisijaisuus edellyttää, että näiden oikeuksien rajoittamiseen on suhtauduttava pidättyvästi, vaikka laki sallisikin rajoittamisen.

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS JA LÄÄKÄRI

Pakottaminen loukkaa potilaan perusoikeuksia, joten sille pitää aina olla erittäin painavat perusteet. Tilanne on selkeä esimerkiksi henkilön ollessa psykoottisesti sairas ja vaarallinen

itselleen tai muille: oikeudet saada hoitoa ja suojaa vahingoittumiselta ovat tuossa tilanteessa painavampia oikeuksia kuin itsemääräämisoikeus. Tähän mielenterveyslaki antaa myös valtuudet ja selvät menettelytavat.

Aina tilanne ei ole yhtä selvä, ja lääkärit joutuvat ajoittain puuttumaan henkilön vapautteen ja itsemääräämisoikeuteen myös ilman selkeitä lain säännöksiä. Esimerkiksi päivystyksissä, vanhustenhuollossa ja kehitysvammahoidossa on tilanteita, joissa potilaille joudutaan tekemään toimenpiteitä tai heidän toimintaansa rajoittamaan joko hoidon toteuttamisen tai henkilön oman turvallisuuden vuoksi, joskus myös muiden ihmisten turvaksi. Eettisesti kysymys on useimmiten valinnasta autonomian väliaikaisen rajoittamisen ja heitteillejätön välillä tilanteissa, joissa potilas ilman toimenpidettä jää vaille hoidosta seuraavaa pitkän aikavälin hyötyä tai altistuu muulle merkittäväle vaaralle.

Käytännön tilanteiden moninaisuus ja lainsäädännön puutteet korostavat potilasasiakirjamerkintöjen tärkeyttä. Kirjaukset on tehtävä huolellisesti ja riittävän tarkasti, jotta tilanteita on myöhemmin mahdollista arvioida. (Ks. Potilasasiakirjat)

Potilastapaus

Vahvassa humalassa päivystykseen tullut potilas metelöi ja vastustelee haavansa ompelamista. Ommellaanko haava väkisin, laitetaanko potilas odottamaan selviämistä ja ommellaan haava sitten, soitetaanko poliisit viemään hänet putkaan, vai annetaanko – jos kyseessä on haava, joka ei uhkaa henkeä – potilaalle haavan hoito-ohjeet ja kehotus palata takaisin myöhemmin? Toisaalta jos potilas olisi tullut päivystykseen alkoholideliriumissa, hänet olisi ilman muuta pitänyt hoitaa – tarvittaessa tahdosta riippumatta. Kuinka pitkälle autonomiaa pitäisi kunnioittaa? Missä kulkee sellaisen vammautumisriskin raja, että potilaan itsemääräämisen rajoittaminen on oikeutettua? Voiko kevyissä vaatteissa ulos pyrkivän muistisairaana potilaan päästää hoitokodista pakkaseen?

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN RAJOITUKSIA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Vuoden 1994 perusoikeusuudistuksessa eduskunnan perustuslakivaliokunta määritteli, millaisin säännöksin kansalaisten perusoikeuksiin voi puuttua: Perusoikeuksia rajoittavien säännösten tulee olla lain tasoisia – ei siis alemmissa säännöksissä, kuten asetuksissa. Lakitekstien on oltava täsmällisiä ja riittävän tarkkarajaisia, ja niiden pitää turvata toimenpiteiden kohteena olevan oikeusturva. Toimenpiteiden pitää aina olla oikeassa suhteessa tavoiteltavaan asiaan tai oikeushyvään nähden (suhteellisuusperiaate) ja yhteiskunnallisesti hyväksyttävää. Rajoitusten tulee olla välttämättömiä hyväksyttävän tarkoituksen saavuttamiseksi. Jokin perusoikeuden rajoitus on sallittu ainoastaan, jos tavoite ei ole saavutettavissa perusoikeuteen vähemmän puuttuvin keinoin (vähäisimmän puuttumisen periaate). Rajoitus ei saa mennä pidemmälle kuin on perusteltua ottaen huomioon rajoituksen taustalla olevan yhteiskunnallisen intressin painavuus suhteessa rajoitettavaan oikeushyvään (PeVM 25/1994).

Kansallista lainsäädäntöä on osin päivitetty vastaamaan Suomen vahvistamia kansainvälisiä sopimuksia. Potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeutta korostava ja rajoitustoimenpiteiden käytön vähenemistä tavoitteleva lainsäädäntö on ollut valmisteilla jo pitkään. Vaikka kaikkia itsemääräämisoikeuden rajoitustilanteita kattavan lainsäädännön puuttuminen on

ongelma, ei täsmällisestikään kirjoitettu lainsäädäntö ole välttämättä ongelmaton eikä poista tulkinnanvaraisuutta päätöksenteosta.

Ongelmana on, että lainsäädännöllä joudutaan herkästi tekemään aidosti jatkuvista ilmiöistä (esimerkiksi itsemääräämiskyky ja oikeus saada hoitoa tahdosta riippumatta) kaksijakoisia: oikeus joko on tai sitä ei ole. Esimerkiksi mielenterveyslaki edellyttää, että tahdosta riippumattomaan hoitoon otettu henkilö on mielisairas ja siksi kykenemätön päättämään hoidostaan. Mielisairaus tulkitaan psykoottisuudeksi. Tämä siirtää kysymyksen siihen, kuka on psykoottinen. Toisaalta monet ovat kroonisesti psykoottisia, mutta jos he eivät ole vaaraksi itselleen tai muille, heitä ei voi ottaa lain perusteella tahdosta riippumattomaan hoitoon. Vaarallisuuden tulkinta on yhtä lailla jatkumo. Maaninen tai muistisairaudesta kärsivä voi sairautensa vuoksi hävittää omaisuutensa, terveytensä ja ihmissuhteensa, ennen kuin hänet voidaan ottaa tahdosta riippumatta hoitoon tai hänelle saadaan määrättyksi edunvalvoja. Päihderiippuvainen voi tehdä riippuvuussairautensa vuoksi saman. Päihdehuoltolain perusteella henkilö voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan niin sanottuun katkaisuhuoltoon viideksi vuorokaudeksi terveydellisiin syihin vedoten. Sen jälkeen hänet on päästettävä sairaalasta, jos hän niin tahtoo. Käytännössä pykälää käytetään harvoin, eikä lainsäädäntö mahdollista pitkäaikaiseen päihderiippuvuuteen puuttumista, vaikka riippuvuus selvästi heikentäisi itsemääräämiskykyä ja vaarantaisi potilaan terveyden ja turvallisuuden. (Ks. Potilaan päihdeongelma)

KIIREELLINEN HOITO, PAKKOTILA JA HÄTÄVARJELU

Lääkäri joutuu joskus yllättäviin tilanteisiin, joissa on toimittava nopeasti potilaan hengen pelastamiseksi tai vammautumisen estämiseksi. Tällöin ei ole mahdollista kysyä lupia tai selvittää hoitotahtoa, vaan on toimittava. Hengenvaarassa olevalle potilaalle on potilaslain 8 §:n mukaan annettava tarpeellinen hoito ilman, että häneltä tai hänen läheisiltään pyydetäisiin hoitoon suostumus. Tämä voidaan selvittää jälkeenpäin, kun henkeä uhkaava tilanne on saatu hoidetuksi. Näissäkin tilanteissa on potilaslain mukaan noudatettava potilaan aiemmin vakaasti ja pätevästi ilmaisemaa hoitoaan koskevaa tahtoa, eikä potilaalle saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.

Pakkotilalla (rikoslain 4 luvun 5 §) tarkoitetaan muun kuin hyökkäyksen vuoksi tapahtuvaa tilannetta, jossa välittömän vaaran torjumiseksi joudutaan puuttumaan toisen henkilön oikeuksiin. Teko on puolusteltavissa, kun otetaan huomioon pelastettavan edun ja teolla aiheutetun vahingon ja haitan laatu ja suuruus, vaaran alkuperä ja muut olosuhteet. Käytännössä pakkotilasäännöksiin joudutaan terveydenhuollossa turvautumaan esimerkiksi sidottaessa tai lääkittäessä levoton ja riehuva potilas sairaalan poliklinikalla, jos hän ei muuten suostu terveytensä kannalta välttämättömään hoitoon tai hän saattaa riehuessaan vahingoittaa itseään tai muita.

Hätävarjelu on rikoslain 4 luvun 4 §:n mukaan puolustautumista oikeudetonta hyökkäystä vastaan. Rikoslaki antaa oikeuden puolustautua voimatoimin suojellakseen itseään, toisia tai omaa tai toisten omaisuutta. Myös jälkikäteen tehdyssä arvioissa voimatoinet suhteutetaan hyökkäyksen laatuun ja voimakkuuteen sekä tilanteeseen vaikuttaviin muihin tekijöihin ja olosuhteisiin.

Hätävarjelu ja pakkotilanne ovat viimekätisiä keinoja, jolloin uhan on oltava välitön eikä tilanteesta ole muuta ulospäisyä. Näitä keinoja voidaan käyttää vain ennakoimattomissa tilanteissa, joten niillä ei voi juridisesti perustella terveyden- ja sosiaalihuollossa tapahtuvia toistuvia tai odotettuja perusoikeuksiin puuttumisia.

ITSEMÄÄRÄMISOIKEUTTA TUKEVA HOITOKULTTUURI

Itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskeva lainsäädäntö on tärkeää tuntea, kun sen perusteella tehdään rajoituspäätöksiä. Yhtä tärkeää on pohtia, missä määrin pitäisi luopua tahdosta riippumattomista toimenpiteistä sellaisissakin tilanteissa, joissa ne olisivat juridisesti mahdollisia, ja miltä osin ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden periaatteita voidaan mahdollisimman pitkälle kunnioittaa, vaikka vapautta joltakin osin päädyttäisiin rajoittamaan.

Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista tukevan hoitokulttuurin vahvistaminen edellyttää asioiden tarkastelua potilaan näkökulmasta ja valmiutta omaksua uusia käytäntöjä. Esimerkiksi muistisairaus ei automaattisesti poista potilaan itsemääräämisoikeutta, sillä myös muistisairas ihminen voi kyetä pätevällä tavalla tekemään itseään ja hoitoaan koskevia päätöksiä (*Ks. Muistisairaahan potilaan hoito*). Monilla psykiatrisilla vuodeosastoilla on onnistuttu merkittävästi vähentämään pakkotoimia hoitokulttuuria kehittämällä. Toisaalta jotkin toimintatavat saattavat olla niin juurtuneita hoitokulttuuriin, että niitä ei välttämättä mielletä itsemääräämisoikeuden rajoituksiksi. Eduskunnan oikeusasiamiehen kannanoton mukaan potilaan liikkumista esimerkiksi sitomalla voidaan rajoittaa ainoastaan potilaan turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin, kuin se on kulloinkin välttämätöntä. Ennen päätöstä käyttää turvavälinettä sekä jokaisella käyttökerralla on harkittava, onko rajoittaminen välttämätöntä vai voidaanko käyttää muita soveltuvia turvallisuutta edistäviä keinoja. Lääkärit ovat avainasemassa muutoksissa, joilla pyritään vahvistamaan itsemääräämisoikeutta ja vähentämään rajoitustoimenpiteitä hoitokulttuurissa.

Keskustelunherättäjä 1

Kompetenssin arviointi?

Ihmisen kyky ilmaista vapaata tahtoa ja harkita, mikä on hänelle hyväksi, on itsemääräämisoikeuden toteuttamisen perusta. Tämä kyky vaihtelee liukuvasti vahvasta kyvykkyydestä olemattomaan. Vaihtelu saattaa myös olla ajallisesti nopeaa. Pitäisikö kliinisisissä tilanteissa tehtävää päätöksentekoa varten yrittää luoda helposti toteutettava ja dokumentoitava standardisoitu tapa arvioida ihmisen kompetenssia tehdä päätöksiä omassa asiassaan?

Keskustelunherättäjä 2

Itsemääräämisoikeuden rajat?

Potilaan itsemääräämisoikeus edellyttää tietoa omasta terveydentilasta. Suomessa potilaalla on vahva ja toimiva tiedonsaantioikeus. Mutta onko potilaalla myös oikeus olla tietämättä? Potilaalla on juridinen oikeus kieltäytyä tutkimuksista ja hoidoista, mutta onko hänellä eettisesti perusteltu oikeus aina kieltäytyä vastaanottamasta tutkimusten tuloksista? Potilaan itsemääräämisoikeuden tarkoituksena on suojata potilasta itseään, mutta joskus tutkimustuloksilla on suoraa vaikutusta muiden ihmisten turvallisuuteen. Jos potilas kieltäytyy kuulemasta todettua positiivista HIV-testitulosta, hän voi altistaa muut tartunnalle. Tiedolla tai tietämättömyydellä voi olla juridisia seurauksia, kun arvioidaan, onko potilas tartuttanut tautia tahallaan. Geneettisten testien tuloksilla voi olla tärkeää merkitystä potilaan sukulaisille. Maailman lääkäriiliiton WMA:n Lissabonin julistuksen

*mukaan potilaan oikeus olla tietämättä ei päde sellaisissa tilanteissa, joissa tiedosta kiel-
täytyminen uhkaa toisen ihmisen henkeä. Itsemääräämisoikeus joutuu näissä tilanteissa
väistymään tärkeämmän oikeuden toteutumisen vuoksi.*

Keskustelunherättäjä 3

Milloin vanhusten suojeleminen on liiallista?

Covid-19-sairaus nosti erityisesti vanhusten itsemääräämisoikeuden esille uudella tavalla. Koronapandemian aikana keväällä 2020 sosiaali- ja terveysministeriö antoi ohjeen, jonka mukaan vierailut ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä on pääsääntöisesti kielletty. Hoivayksiköt suljettiin vierailuilta, virkistystoiminta ajettiin alas, hygieniata vahvistettiin ja jotkut asukkaat myös suljettiin huoneisiinsa, kun yhteistiloihin ja yhteisiin ruokailuihin ei haluttu ruuhkaa. Myös kuntoutustoiminta ja kaikki retket peruttiin. Kuukausia jatkuneen eristämisen perusteluna oli vanhusten suojeleminen, koska uuden ja tuntemattoman viruksen todettiin iskevän nimenomaan yli 70-vuotiaisiin. Myös terveitä yli 70-vuotiaita kehoitettiin pysymään kotona, tilaamaan kaupakassit kotiin ja välttämään kontakteja. Juridisena perusteluna käytettiin poikkeusoloja sekä osin tartuntatautilakia.

Vanhukset viettävät tehostetussa palveluasumisessa keskimäärin kaksi viimeistä elinvuottaan. Monet ovat jo hyvin hauraita ja muistisairaudet ovat yleisiä. Omaisten ja läheisten vierailut ovat tärkeitä sekä vanhuksen että sukulaisten näkökulmasta. Vanhukset eivät saaneet itse valita, haluavatko noudattaa rajoitussuosituksia, vai olisiko läheisten tapaaminen ollut tärkeämpää. Monet muistisairaajat eivät ymmärtäneet, miksi ketään vierailijoita ei tullut tapaamaan, ulkoiluttamaan, syöttämään, keskustelemaan. Kaikille puhelin tai tabletti ei sopinut kommunikaatiovälineeksi.

Näkökulmia on monia. Kukaan ei halua mahdollisesti oireettomana tartuttajana viedä virusta hoivayksikköön. Vanhuksia suojattiin, eivätkä he yleensä itse olleet viruksen kantajia tai sairastuttamia. On ymmärrettävää, ettei yksi asukas voi liikkua vapaasti tai tavata ulkopuolisia, koska virus tällöin voisi tarttua myös niihin vanhuksiin, jotka noudattavat rajoituksia. Toisaalta vanhuksia kuoli hoivayksiköissä (ja sairaaloissa) ilman, että läheiset olivat saattamassa viimeisillä hetkillä taikka edes olisivat tavanneet vanhusta moneen kuukauteen. Mitä itse valitsisit vastaavassa tilanteessa? Haluaisitko mieluummin ottaa riskin ja tavata läheisiä vai olisiko viikkojen tai kuukausien yksinäisyys parempi vaihtoehto? Keuhkokuume on varsin tavallinen välitön kuolinsyy hauraalla vanhuksella. Koronapandemiassa punnittiin elämän laatua ja pituutta konkreettisella tavalla. Valintaa ei tehnyt vanhus itse. ■

Lisätietoja:

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa palveluissa -Lastensuojelussa, vammaispalveluissa, mielenterveyspalveluissa ja päihdehuollossa. Valviran selvityksiä 1:2013. https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Selvityksia_1_2013.pdf.

Launis V. Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2010;47:136–139.

Pahlman I. Potilaan itsemääräämisoikeus. Edita Publishing Oy, Helsinki 2003.

Valviran ohje: Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto

WMA Declaration of Lisbon: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>

Vuorovaikutus potilaan ja lääkärin kohtaamisessa

Potilaan kohtaaminen on lääkärintyön ydintapahtuma, jossa työn eettisyys on keskiössä.

Vastaanotolla lääkäri on potilaalle lääketieteellisen tiedon asiantuntija, mutta toisaalta kohtaaminen on kahden ihmisen tapaamisena tasavertainen. Lääkärin on ymmärrettävä molemmat tasot ja huolehdittava niiden tasapainosta.

Eettisesti hyvä vuorovaikutus johtaa usein myös kliinisesti hyviin tuloksiin. Hyvästä vuorovaikutuksesta potilaalle jää tunne, että hän on tullut kuulluksi ja kohdatuksi.

Lääkärin työn keskeisin tapahtuma on potilaan ja lääkärin kohtaaminen ja siinä syntyvä vuorovaikutus, vastavuoroinen kommunikaatio. Kohtaamisessa syntyvästä luottamuksesta lääkäriin rakentuu hoitosuhde, jossa potilaalla on tilaa ja uskallusta tuoda esiin mieltään askarruttavat, joskus arkaluonteisetkin asiat. Hyvä hoitosuhde tukee potilaan vastuunottoa omasta hoidostaan.

Vastaanotolla lääkäri on potilaalle lääketieteellisen tiedon asiantuntija, mutta toisaalta kohtaaminen on kahden ihmisen tapaamisena tasavertainen. Lääkärin on ymmärrettävä molemmat tasot ja huolehdittava niiden tasapainosta.

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tapahtuu useimmiten kahden kesken. Tapaamiseen vaikuttavat kuitenkin potilaan perhe- ja sosiaaliset suhteet, hänen työnsä sekä koko hänen kokemusmaailmansa. Näiden vastaanottotilanteen ulkopuolella olevien ulottuvuuksien ottaminen huomioon voi toisinaan johtaa ratkaiseviin oivalluksiin sekä oireiden syistä ja ilmenemisestä että myös hoidon mahdollisuuksista, potilaan toipumisesta ja kuntoutuksesta. Potilaan elämäntilanteen tunteminen auttaa myös löytämään toteutettavissa olevat hoidon linjaukset. Lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa ovat mukana myös potilaan ja yhteisön arvot ja käsitykset, yhteiskunnan säädökset sekä erilaiset taloudelliset tekijät.

Hyvän hoitosuhteen syntymisessä on potilaan kannalta oleellista, että lääkäri kykenee eläytymään potilaan kokemukseen, ottamaan vastaan hänen sairauttaan ja hoitoaan koskevat tunteet sekä luomaan turvallisen ilmapiirin, jossa potilas voi kertoa huolistaan ja tunteistaan. Vuorovaikutus tapahtuu oleellisesti tunnetasolla, ei vain asiatasolla. Siihen vaikuttavat potilaan aikaisemmat hyvät ja huonot kokemukset terveydenhuollosta. Potilaalla on myös muita kokemuksia, asenteita ja käyttäytymistapoja, jotka vaikuttavat tiedostamattomasti siihen suhteeseen, jonka hän lääkäriin muodostaa. Ne voivat olla myönteisiä tai kielteisiä ja heijastuksia aikaisemmista ihmissuhteista (transferenssi). Lääkärin suhteeseen potilaaseen vaikuttavat hänen vastaavat aiemmat kokemuksensa (vastatransferenssi).

LÄÄKÄRINTYÖN YDINTAPAHTUMA

Potilaan kohtaaminen on lääkärintyön ydintapahtuma, jossa työn eettisyys on keskiössä. Laadukas vastaanottokäynti edellyttää vuorovaikutuksen onnistumista. Vuorovaikutuksen epäonnistuminen voi kariuttaa potilassuhteen ja estää pääsyn oikeaan diagnoosiin sekä hoidon toteutumisen. Se voi lisäksi vaikuttaa potilaan tuleviin kohtaamisiin terveydenhuollossa. Ystävällinen tervehtiminen ja kontaktin luominen normaalien hyvien tapojen mukaisesti auttavat vastaanoton alkuun. Potilaan asian kuunteleminen rauhassa ja keskeyttämättä kuuluu hyvään

käytäntöön. Kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen on syytä kiinnittää huomiota myös etä-
vastaanotoissa.

Potilaan ja lääkärin vuorovaikutus sisältää monia ihmisten tavallisesta kohtaamisesta poik-
keavia piirteitä. Lääkärillä on hyvään pyrkiessään oikeus ja tietyissä tilanteissa velvollisuus-
kin puuttua potilaan ruumiilliseen koskemattomuuteen. Tutkimiseen voi liittyä vaatteiden
riisuminen ja esimerkiksi gynekologiassa potilaalle intiimien kehon osien tutkiminen, joka
aiheuttaa helposti epä mukavuutta ja jopa hetkellistä kipua. Elämäntilanteen, perhesuhteiden
tai psyyken tutkiminen edellyttää potilaalta hyvin henkilökohtaisten ihmissuhteiden ja koke-
musten, kenties perhe- tai muiden salaisuuksien paljastamista. Lääkärin on otettava puheeksi
asioita, joista muualla usein vaietaan. Näin lääkäri poikkeaa ammattiroolissaan monista arki-
elämässä jopa tabuiksi koetuista säännöistä. Niitä ei voi noin vain rikkoa, vaan poikkeuksiin
tarvitaan potilaan tietoon perustuva suostumus. Lääkärin on oltava näissä tilanteissa amma-
tillinen, hienotunteinen ja ymmärtäväinen. Tämä kaikki edellyttää luottamusta lääkärin vai-
tiolovelvollisuuteen.

TAVOITTEENA YHTEISYMMÄRRYS

Potilaalle on annettava mahdollisuus kertoa huolensa rauhassa, jännittämättä ja kiireettä.
Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen on luottamuksellisen hoitosuhteen perusta. Lääkärin
on pidettävä huolta siitä, että ulkopuoliset häiriöt haittaavat vastaanottoa mahdollisimman
vähän.

Potilaan kertomusta voi tukea kuuntelemalla tarkkaan, katsekontaktilla ja tarvittaessa
rohkaisulla kertomuksen jatkamiseen. Avoimilla lisäkysymyksillä annetaan potilaan kerto-
mukselle tilaa, suljetuilla voidaan täsmentää esille tulevia seikkoja. Sanattomalla viestinnällä,
eleillä ja ruumiin kielellä lääkäri voi auttaa potilasta kertomaan vaikeistakin asioista ja vies-
tittää mielenkiintoaan potilaan asioita kohtaan. On myös aiheellista tarkkailla potilaan sana-
tonta viestintää. Keskustelun kuluessa voi olla tarpeen välillä reflektoida potilaan kertomuk-
sen keskeisiä kohtia, jotta lääkäri voi varmistua ymmärtäneensä asiat oikein. Samalla potilas
saa mahdollisuuden täydentää ja tarkentaa kertomustaan sekä esittää kysymyksiä. Hyvä vuo-
rovaikutus ja luottamuksellisen ilmapiirin saavuttaminen voi myös parantaa potilasturvalli-
suutta.

Vastaanotolla lääkäri pyrkii yhdistämään potilaan kuvaamat oireet lääketieteelliseen tie-
toon ja sopimaan yhdessä potilaan kanssa tutkimuksista, hoidoista ja toimintatavoista, joiden
avulla päästään tavoiteltuun lopputulokseen. Lääkärin on voitava lääketieteellisten faktojen
lisäksi muodostaa kokonaiskäsitys potilaan elämäntilanteesta. Kun lääkäri on vastaanotolla
muodostanut käsityksen potilaan tilasta, hänen velvollisuutensa on selittää se ja hoitovaih-
toehdot potilaalle ymmärrettävästi. Lääketieteelliset käsitteet ovat monille potilaille vieraita.
Jos potilas ei ymmärrä lääkäriä, hän ei voi vapaasti muodostaa ja ilmaista omaa käsitystään
hoidosta. Jos potilas päätyy lääkärin mielestä huonoon vaihtoehtoon, on potilaan itsemää-
räämisoikeutta kunnioitettava ja yritettävä yhdessä löytää vaihtoehtoja edetä hoidossa. Pie-
nikin edistyminen on hyvä alku. Joskus potilas haluaa säilyttää ratkaisun kokonaan lääkärille.
Yhteisvastuun tarpeellisuutta kannattaa kuitenkin korostaa, koska potilaan oma sitoutumi-
nen hoitoon parantaa tuloksia. Potilaalla on aina myös omia voimavaroja ja keinoja sekä lähi-
piiri, jotka auttavat hoidossa. Niiden nostaminen esiin tukee potilaan luottamusta mahdolli-
suuksiinsa vaikuttaa itse hoidon tulokseen.

VUOROVAIKUTUKSEN ONGELMAKOHTIA

Potilaan ja lääkärin vuorovaikutus ei aina toimi parhaalla mahdollisella tavalla. Taustalla voi olla niin potilaasta kuin lääkäristä johtuvia tekijöitä. Potilaan sairauskäyttäytyminen voi olla vaikeasti ymmärrettävää tai hänellä voi olla epärealistisia odotuksia lääkärin ja lääketieteen hoitomahdollisuuksista. Joskus potilaan ja lääkärin ajatusmaailmat eivät yksinkertaisesti tunnu sopivan yhteen.

Vuorovaikutuksen ongelmia on toisinaan vaikeaa hahmottaa. Lääkärin on hyvä tunnistaa omat paitsi sanalliset myös sanattomat viestinsä. Sanaton viestintä tarkoittaa eleitä, ilmeitä, kehon asentoja, äänen ominaisuuksia ja tilan käyttöä. Sanaton viestintä voi olla tiedostamattomana, mutta myös tiedostettua ja harkittua. Tiedostamattomana sanattomat viestit voivat torjua potilaan ja estää luottamuksellisen suhteen kehittymisen. Potilaan kehollaan ja ilmeilään viestimät sanattomat viestit voivat olla ristiriidassa hänen kertomuksensa kanssa.

Lääkärin huomattavan poikkeava pukeutuminen tai käyttäytyminen voi hämmäntää potilasta, joten oman persoonallisuuden kovin voimakas esiin tuominen ei palvele työn luonnetta. Huumori on yksi vuorovaikutuksen työkalu, mutta vastaanoton herkässä ja haavoittuvassa tilanteessa sen käytössä on osoitettava hyvää makua ja varottava loukkaamasta potilasta.

Potilas ei aina luota lääkärin diagnoosiin ja hoitoehtoihin, vaan saattaa vaatia lähetettä lisätutkimuksiin. Jos niihin ei ole perusteita, lääkärin on selitettävä, miksi lisätutkimuksista ei tuossa tilanteessa ole hyötyä. Lääkärin ei liioin pidä verhota omaa neuvottomuuttaan eikä yrittää selvittää tilanteesta altistamalla potilasta tarpeettomille lisätutkimuksille. Jos yhteisymmärrystä ei saavuteta, potilasta voi rohkaista hankkimaan toisen lääkärin mielipiteen.

Potilaan voi olla vaikea luopua epäterveellisistä elämäntavoistaan tai noudattaa säännöllistä lääkitystä ja oireiden tai hoidon seurantaa, vaikka haluaisikin. Jos hoidossa tarvitaan elämäntapojen merkittävää muutosta, on hyvä selvittää, mihin muutoksiin potilaalla on edellytyksiä, ja motivoida muutosta askel askeleelta. Pienikin edistyminen vahvistaa potilaan itseluottamusta ja rohkaisee etenemään. Olennaista on, että potilas lopulta päättää omista tavoitteistaan, vaikka se olisikin vain tupakoinnin vähentäminen eikä lopettaminen tai muuttaman kilon laihduttaminen normaalipainoon pääsemisen sijasta.

Potilaan pelot voivat olla myös hoidon este. Moni potilas pelkää kipua ja kontrollin menettämistä, erityisesti leikkausten riskejä ja komplikaatioita. Hän voi jättää tulematta vastaanotolle, peruuttaa suunnitellun toimenpiteen tai jättää kertomatta asioita, jotka voivat johtaa toimenpiteeseen. Se, että potilas ottaa puheeksi pelkonsa, on jo luottamuksen osoitus ja kertoo hyvästä vuorovaikutuksesta. Ymmärtävä suhtautuminen, myönteisten puolien korostaminen ja rohkaisu toimivat paremmin kuin pelkojen vähättely. Lapsille vanhempien läsnäolo luo turvallisuuden tunteen ja auttaa sietämään epämieluisat tutkimukset ja hoidot.

Potilaalle saattaa herätä lääkäriään kohtaan ihastumisen tai rakastumisen tunteita aina seksuaalisiin mielikuviin saakka. Lääkäriltä edellytetään tällaisten tilanteiden ilmetessä taitoa asennoitua potilaan tunneilmaisuihin ystävällisesti, mutta samalla selkeän pidättyvästi. Seksuaalisesti väritynyt suhde potilaan ja hoitavan lääkärin välillä on sekä lääkärin objektiivisuuden että ammattietiikan kannalta kestämätön. Jos lääkäri ei kykene hallitsemaan tilannetta, hoitovastuu pitää siirtää kollegalle.

Lääkärin oma vakaumus voi joutua ristiriitaan potilaan elämäntutkimuksen tai -asenteen kanssa. Tämä voi tulla esiin esimerkiksi suhtautumisessa raskauden keskeytykseen, uskonnollisuuteen, seksuaaliseen suuntautumiseen tai alkoholin ja huumeiden käyttöön. Lääkärin ei pidä markkinoida omaa vakaumustaan potilaalle, vaan ymmärtää ja hyväksyä, että ihmisillä on erilaiset elämäntutkimukset ja erilaiset elämän arvot.

Lääkäri joutuu vastaanotolla tekemisiin myös elämän synkkien ja epämiellyttävien piirteiden kanssa. Hänen ei tarvitse hyväksyä potilaan kielteisiä tai epämiellyttäviä asenteita ja toimintaa, mutta hänen on pyrittävä ymmärtämään potilasta ja tämän ratkaisuja.

Sairaus voi olla potilaalle pelottavaa ja johtaa vastaanotolla voimakkaisiin tunnereaktioihin ja joskus aggressioon. Lääkäriin asiallinen käytös ja oireiden ottaminen vakavasti usein laukaisevat tilanteen, ja potilas saattaa myöhemmin pyytää anteeksi käytöstään. Hoitosuhteen edistyessä sama potilas voi olla lääkärin kanssa yhteistyökykyinen ja asiallinen. Sama voi tapahtua myös huolestuneiden omaisten kanssa. He saattavat haastaa ja vaatia lääkäriltä paljon ja kuormittaa hänen voimavarojaan, mutta vaikuttaa myöhemmin keskeisesti hoidon jatkumiseen.

Toivottomasti sairas, kuolemaa lähestyvä potilas voi herättää lääkärissä oman kuolemanpelon, joka voi johtaa vuorovaikutuksen ohenemiseen niin, että siinä keskitytään yksinomaan lääketieteellisiin asioihin. Kuitenkin juuri tällaisessa tilanteessa potilas tarvitsee lääkärin tukea sekä turvallista, inhimillistä ja avoimeen vuorovaikutukseen perustuvaa välittämistä. Potilaan tiedonsaantioikeus edellyttää, että tosiasiat arvioidaan huolellisesti ja kerrotaan avoimesti potilaalle ja hänen luvallaan myös hänen omisilleen. Lääketieteellisten tosiasioiden ei pidä johtaa toivonkipinän sammuttamiseen. Lääkäriin oma ahdistuminen tai kuolemanpelko ei saa johtaa kuolevan potilaan välttämiseen. Lääkäri voi tällaisessa tilanteessa hakea työhönsä tukea työnohjauksesta tai muusta tuesta. (Ks. [Lähellä kuolemaa](#))

Potilaan lakisäätteisten oikeuksien ja autonomian korostaminen ovat lisänneet kanteluiden määrää. Lääkäri saattaa kokea kantelun loukkauksena itseään tai omaa ammattitaitoaan kohtaan. Toisaalta se voi auttaa näkemään omassa työskentelyssä olevia epäkohtia. Turhalkin tuntuva kantelu kertoo kuitenkin potilaan henkilökohtaisesta kokemuksesta, ja lääkärin tulee siksi suhtautua siihen kärsivällisesti ja kunnioittaen. Vastine on laadittava asiallisesti, tosiasiat tunnustaen, potilaan näkökohtia ymmärtäen ja potilasta loukkaamatta. Ammatillista itsetuntoa on oltava niin paljon, että valituksen tehneen potilaan kanssa voi keskustella asiasta avoimesti ja parhaimmillaan säilyttää potilassuhteen. (Ks. [Potilasvahingot, hoitohaitat ja hoitovirheet](#))

VUOROVAIKUTUSTAITOJA VOI JA PITÄÄ KEHITTÄÄ

Lääkärillä on kliinisissä ratkaisuisuissa suuri itsenäisyys. Lääkäriin klinisen työn ja vuorovaikutuksen laatua ei tavallisesti kontrolloi kukaan, paitsi potilaat antamansa palautteen kautta. Vaikka kaikki palaute ei olisikaan asianmukaista, voi siitä silti olla apua omien vuorovaikutustaitojen kehittämisessä.

Vuorovaikutus perustuu lääkärin persoonallisiin ominaisuuksiin, mutta ammatillista vuorovaikutustaitoa voi oppia ja kehittää läpi lääkärin uran aivan kuten kliinisiä taitoja. Lääkäriin on huolehdittava vuorovaikutustaitojensa ylläpitämisestä ja kehittämisestä samoin kuin yleisestä ammattitaidostaan. Oma väsyminen, kyynisyys, tietämättömyys tai haluttomuus ei saa vaikuttaa potilaan kohteluun tai hoitoon. Jos lääkäri havaitsee näitä piirteitä työssään, hän voi pyrkiä korjaamaan tilannetta esimerkiksi työnohjauksella tai pyytämällä kollegaa tarkkailemaan toimintaansa ja antamaan siitä palautetta. Jo huomion kiinnittäminen vastaanoton tapahtumiin ja sujuvuuteen parantaa usein sen laatua. Oman työskentelyn arviointiin ja vuorovaikutuksen kehittämiseen on tarjolla muun muassa Balint-ryhmiä ja vuorovaikutuskoulutusta. (Ks. [Lääkäriin työkyky ja terveystalvelujen käyttö](#))

Jos lääkäri ei saa vuorovaikutusta toimimaan, hänen kannattaa esimerkiksi työterveyshuollon kanssa etsiä uusia ratkaisuja työtilanteeseensa sekä keskustella asiasta esimiehensä

kanssa, jos hänellä on sellainen. Vuorovaikutuksen laatu ja eettisyys ovat kiinteästi sidoksissa toisiinsa. Eettisesti hyvä vuorovaikutus johtaa usein myös kliinisesti hyviin tuloksiin. Viime kädessä laadun määrittää potilaan hyvin toteutunut hoito ja hänen kokemuksensa lääkärin tapaamisesta. Hyvästä vuorovaikutuksesta jää potilaalle tunne, että hän on tullut kuulluksi ja kohdatuksi. ■

Lisätietoja:

Alenius H. Asiakaskeskeinen haastattelu, kohtaaminen, dialogi. Kirjassa: Larivaara P, Lindroos S, Heikkilä T (toim.). Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim 2009.

Hietanen P, Kaleva-Kerola J, Pyörälä E (toim.). Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus. Duodecim 2020.

Honkasalo M-L, Kangas I, Seppälä U, (toim.). Sairas, potilas, omainen – näkökulmia sairauden kokemiseen. SKS 2003.

Lääkärien ammatillisen kehittymisen ja täydennyskoulutuksen suuntaviivat – Lääkäriliiton suositus 10.4.2014.

<https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/ammattillinen-kehittyminen/taydennuskoulutus/>

Lääkärin vastaanoton laatu -suositus 29.10.2009. <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/muita-ohjeita-ja-suosituksia/vastaanoton-laatu/>

Lääkärityönohjaajat. <https://www.laakariliitto.fi/yhteystiedot/laakarityonohjaajat/>

Makkonen E, Nick M, Siimes A (toim.). Kerron ja kuuntelen. Työnohjausta Balint-ryhmässä. Duodecim, 2006.

Ruusuvuori J, Raevaara L, Peräkylä A. Potilas vaivansa tulkkina – ymmärtääkö lääkäri yskän? Alkuperäistutkimus.

Suomen Lääkärilehti 2003;58:4219–25.

Sorjonen M-L, Peräkylä A, Eskola K, (toim.). Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino 2001.

Kulttuurien kohtaaminen lääkärin vastaanotolla

Lääkärin on helpompi ymmärtää potilasta, jonka kulttuurissa vallitsevia tapoja, ihmiskäsityksiä ja sairauskäsityksiä hän tuntee. Lääkärin on hyvä tiedostaa myös omia kulttuurisia tottumuksiaan hahmottaakseen, mitkä omista tavoistamme voivat tuntua toisista vierailta. Potilaan käsitysten huomioon ottaminen hoitoratkaisuissa ei merkitse hyvästä hoitokäytännöstä poikkeavia toimintatapoja, vaan potilaan kulttuuri-identiteetin kunnioittamista.

Potilaan toisenlainen kulttuuritausta saattaa tuoda hoitosuhteeseen erityispiirteitä, jotka asettavat lääkärin yllättävien kysymysten eteen ja saavat hänet pohtimaan myös omia kulttuurisia piirteitään, arvojaan ja ennakkokäsityksiään. Eettiset toimintaperiaatteet pysyvät kuitenkin samoina. Lääkärin tehtävänä on suojata ihmiselämää, edistää terveyttä ja lievittää kärsimystä riippumatta potilaan taustasta. Eri kulttuureihin tutustuminen rikastuttaa lääkärin työtä.

KULTTUURIN VAIKUTUS POTILAS-LÄÄKÄRISUHTEESEEN

Toisesta kulttuurista tulevaa potilasta on helpompi ymmärtää, kun lääkäri tuntee hänen kulttuurissaan vallitsevia ihmis- ja sairauskäsityksiä ja ymmärtää myös omia kulttuurisia piirteitään. On hyvä perehtyä potilaan asenteisiin, arvoihin, uskomuksiin ja toimintatapoihin

anamneesin yhteydessä. Potilaan tapa kuvata oireitaan on ymmärrettävämpi, kun sitä on mahdollisuus tulkita hänen omista lähtökohdistaan. Potilaan oma käsitys sairauden syistä saattaa poiketa lääketieteellisestä sairauden määrittelystä. Oireiden kokeminen on nivoutunut kulttuurisiin merkitysjärjestelmiin. Potilas kuvaa oireita niillä käsitteillä, selityksillä, sairasmalleilla ja sosiaalis-moraalisilla käsityksillä, jotka hän on omaksunut. Esimerkiksi Kaukoidän kulttuureissa esiintyy käsityksiä, joiden mukaan sairauden synnä on epätasapaino sisäisten uskonnollisesti tai filosofisesti määriteltyjen voimien kesken. Sairauden parannuskeinoina pidetään hoitoja, joiden katsotaan palauttavan tasapainotilaa. Tällaisia hoitoja ovat sekä perinteiset hoitomuodot että toisinaan länsimaisen lääketieteenkin keinot.

Potilaiden kuvaus sairaudestaan ja suhtautuminen suositeltuihin hoitoihin saattaa vaihdella kulttuuritaustan mukaan. Potilaan maailmankatsomuksen erityispiirteiden huomioon ottaminen hoitoratkaisuissa ei tarkoita sitä, että lääkärin pitäisi maksua hyvästä hoitokäytännöstä poikkeavia toimintatapoja, vaan sitä, että lääkäri kunnioittaa potilaan kulttuuri-identiteettiä. Länsimainen lääketiede on yleensä perinteiden sisältämistä käsityksistä riippumatta arvostettua kaikkialla. On hyvä tiedostaa, että myös se sisältää kulttuurisia sidonnaisuuksia, erityisesti psykiatriassa.

Potilaat ovat tottuneet viestimään oireistaan eri tavalla eri kulttuureissa. Jotkin asiat sanotaan hyvin hienovaraisesti tai epäsuorasti, koska suora viestintä voidaan kokea loukkaavana. On tärkeää, että toinen ei ”menetä kasvojaan”. Häpeällisinä koetuista asioista ja sairauksista puhutaan epäsuorasti tai niistä ei puhuta oma-aloitteisesti lainkaan. Tämä on haastavaa diagnostiikalle. Joissakin kulttuureissa on tärkeää viestiä kivusta voimakkaasti ja tuskaa korostaen, kun taas meillä saatetaan arvostaa hiljaista kärsimystä. Myös sanattomassa viestinnässä on eroja kulttuurien kesken. Näiden viestien kuuleminen ja ymmärtäminen on kulttuurien kohtaamisen haasteita. Potilas saattaa kaivata rohkaisua puhua asioista suoraan.

Hoidon lähtökohta on luottamuksellisen potilas-lääkärisuhteen luominen. Se voi viedä aikaa. Yhteistyö onnistuu sitä paremmin, mitä avoimemmin lääkäri suhtautuu potilaaseen. Kulttuuritausta, uskonto ja muut perinteet vaikuttavat siihen, miten potilas hyväksyy erilaiset lääketieteelliset toimenpiteet ja käytännöt ja kuka osallistuu hoitopäätöksiin. Joissakin kulttuureissa hoidon toteuttamisesta päättää lopulta perheen päämies, ja lääkärin on osattava perustella hänelle hoidon tarpeellisuus. Useissa kulttuureissa yhteisöllisyydellä on muutenkin suuri painoarvo. Tämä näkyy potilaan hoivaamiseen osallistuvien omaisten rooleissa.

Erilainen kulttuuritausta on hyvä huomioida, mutta muuten potilaiden tutkimus- ja hoitoperiaatteet eivät poikkea suomalaisten potilaiden hoidosta ja tutkimisesta. Suomessa ei voi siirtää omaiselle päätösvaltaa täysivaltaisen potilaan hoidosta. Usein perusteluksi riittää se, että selittää, miten meidän terveydenhoitojärjestelmässämme on tapana toimia. Luottamuksen syntymiseksi on syytä etukäteen selittää, mitä on tekemässä ja miksi. Silloin tutkimuksella ja toimenpiteillä on potilaan hyväksyntä, eivätkä ne ole hänelle tuntematon uhka. On myös hyvä keskustella avoimesti esimerkiksi vierailukäytännöistä ja siitä, mihin omaiset voivat osallistua ja mistä henkilökunta huolehtii.

Joskus toivotaan, että tutkiva lääkäri olisi samaa sukupuolta. Näin onkin mahdollisuuksien mukaan hyvä toimia, mutta tällaista järjestelyä ei voi edellyttää. Asian noustessa esille on syytä kertoa, että Suomessa kaikki lääkärit hoitavat sekä miehiä että naisia.

Lääkäreitä saatetaan joskus pyytää tekemään toimenpiteitä, jotka kuuluvat potilaan kulttuuriseen arvoperustaan, mutta joilla ei ole lääketieteellistä perustetta. Perinteisiin hoitomuotoihin tottuneelle saattaa olla luontevaa myös käyttää eri hoitomuotoja yhtä aikaa. Lääkärin on otettava tämä huomioon.

Neitsyystutkimukset

Tyttären saattaminen avioon neitsyenä on joissakin kulttuureissa kunnia-asia. Lääkäriltä saatetaan tulla pyytämään neitsyystutkimusta asian varmistamiseksi. Tutkimus on ongelmallinen, koska sille ei ole terveydellistä perustetta. Neitsyydestä ei voida antaa luotettavaa lausuntoa potilaan tilan perusteella, koska immenkalvoa ei välttämättä ole, vaikka yhdyntää ei olekaan tapahtunut. Tutkimus on ongelmallinen myös siksi, että pyyntö perustuu yhteisön vaatimuksiin ja on siten yhteisön kajoamista yksilön itsemääräämisoikeuteen – vaikka tyttö tulisi itse sitä pyytämään. Huolestuttavinta on, että tutkimukseen sisältyy myös vakava uhka, jos tyttö ei olekaan neitsyt. Siitä seuraisi syvää häpeää, ilmeistä sosiaalista eristämistä ja vakavammillaan uhka tytön hengelle ja terveydelle. Lääkärin ei tule suostua neitsyystutkimukseen.

Potilaan syvää vakaumusta ja tahdonilmausta on kunnioitettava. Lääkärin on syytä varmistua, että potilaan tahdonilmauksen taustalla on asianmukainen lääketieteellinen tieto omasta tilasta. Mahdollinen luku- ja kirjoitustaidon tai perustietojen puuttuminen on otettava huomioon. Kulttuuritaustan tunteminen auttaa ymmärtämään, miten potilaalle voi soveliaalla tavalla antaa lääketieteen hyvän käytännön mukaisia hoitoja niin, että ne myös toteutuisivat. Rodulliset tekijät vaikuttavat hoitoon muun muassa eroavuuksina lääkemetaaboliassa. Laadittaessa hoitosuunnitelmaa potilaan kanssa on syytä varmistua, että siitä syntyy molemmille sama käsitys ja että potilas on ymmärtänyt ohjeet. Potilaan kulttuuritaustasta on löydetävissä tekijöitä, jotka tukevat hoitoprosessia. Ne ovat arvokkaita hoidon hyvän lopputuloksen saavuttamisessa.

Esimerkiksi romanit ovat olleet niin kauan osa suomalaista yhteiskuntaa, ettei terveydenhuollossa aina oteta huomioon heidän kulttuuriinsa liittyviä erityispiirteitä, vaikka ne sitä edellyttäisivät. Romaniasiamiehen aloitteesta on laadittu erityinen opas terveydenhoitohenkilökunnalle. Terveydenhoitohenkilöstössä ovat tärkeässä välittävässä asemassa ne, joilla itsellään on toisenlainen kulttuuritausta.

Uskonnollinen vakaumus saattaa määrittää potilaan näkemyksiä laajasti. Se voi vaikuttaa erilaisina puhtaus- ja moraalinormeina tai esimerkiksi siihen, mitä apuaineita potilas hyväksyy lääkkeessä tai mihin aikaan hän voi lääkkeen ottaa. Lääkärille nämä asiat voivat olla vieraita. Uskonnollisen vakaumuksen ja monikulttuurillisuuden huomioon ottamisesta hoitoprosessissa on kirjallisuutta, ja asiasta voi kysyä potilaalta itseltään. Ei voi olettaa, että tiettyyn uskontokuntaan kuuluvat käyttäytyisivät aina samalla tavalla.

Potilaan ja lääkärin välille voi syntyä kulttuurieroja myös silloin, kun lääkäri on tullut Suomeen toisesta kulttuurista. Lääkäriltä on kuitenkin syytä odottaa sen asteista perehtymistä kieleen ja suomalaisen kulttuuriin, että hänellä on edellytykset ymmärtää potilasta. Jos lääkäri ei ymmärrä, mitä potilas sanoo, hänen on syytä pyytää potilasta toistamaan asia ja kertomaan siitä laajemmin, niin että lääkäri saa asiasta varmasti oikean käsityksen. Kulttuurierojen ymmärtämisessä vastuu on lääkärillä. Suomalaiseen kulttuuriin asettuminen vie aikansa niin lääkäriltä kuin potilaalta.

TULKIN MERKITYS

Vieraskielisiä potilaita hoidettaessa on usein välttämätöntä käyttää tulkkia. Tämä on myös potilaan ja lääkärin oikeus. Perheenjäsenen tai lapsen käyttöä tulkkina on vältettävä. Alaikäistä lasta ei pidä käyttää tulkkina eikä varsinkaan potilaan esimestä. Tulkin rooli on toimia

potilaan ja lääkärin työvälineenä potilaan tutkimuksessa ja hoidossa. On otettava huomioon, että tulkki on normaalisti kahdenkeskiseen potilas–lääkärisuhteeseen tuleva kolmas henkilö ja välittäjä. Tulkille on tähdennettävä vaitiolovelvollisuutta, jos kyseessä ei ole ammattitulkki. Lääkärin pitää pyrkiä turvaamaan potilaan yksityisyys, vaikka tulkki onkin läsnä. Puhelin-tulkkaus on hyvin potilaan yksityisyyttä suojaava vaihtoehto.

Kulttuuritaustasta riippuen tulkin sukupuolella saattaa olla merkitystä. Tulkkaustilan-teessa lääkärin on luotava kontakti potilaaseen kuten muissa vastaavissa vastaanottotilan-teissa ja puhuttava potilaalle – ei tulkille. Tulkki ymmärtää usein kulttuuritaustaan liittyviä erityispiirteitä, ja häneltä voi tiedustella niistä, jotta välttyy hankalilta tilanteilta. Lääkärin ja tulkin välinen kahdenkeskinen keskustelu rajoitetaan kuitenkin vain välttämättömään, ja se on hyvä tulkata potilaalle.

POTILAAN KOKEMUSTEN MERKITYS

Potilaan ja lääkärin väliseen suhteeseen vaikuttaa myös se, millaisista yhteiskunnallisista oloista vieraasta kulttuurista tullut henkilö on lähtenyt. Monet Suomeen tulleet turvapai-kanhakijat ovat joutuneet kokemaan sekä henkisiä että fyysisiä traumoja. Monet ovat läh-teneeet sodan tai terrorin keskeltä. Toisilla on takanaan pitkä, jopa vuosia kestänyt pakolai-suus, kenties usean maan kautta. Heitä kalvaa usein epävarmuus turvapaikkapäätöksestä ja pelko palauttamisesta lähtömaahan. Traumaperäiset stressihäiriöt ja niihin liittyvä ahdistus ja masennus ovat yleisiä turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten keskuudessa. Potilas on saatta-nut joutua viranomaisten vainon tai kidutuksen kohteeksi ja voi siksi tuntea epäluottamusta myös terveydenhoitohenkilökuntaa kohtaan. Näiden traumojen käsittelemiseen vaatii hie-novaraista ja luottamuksellista suhdetta potilaaseen ja erityisiä mielensterveyttä tukevia toi-mia. Traumojen käsittelyssä edistyminen on toisaalta keskeistä kaiken hyvinvoinnin kannalta. Tämän prosessin ollessa kesken on syytä huolellisesti selittää ja perustella hoitoja (esimerkiksi tähyystutkimukset), jotta entiset traumat eivät aktivoituisi ja aiheuttaisi uusia ongelmia. ■

Lisätietoja:

- Castaneda A & al. Pakolaisten mielensterveuden tukeminen Suomessa: PALOMA-käsikirja. THL 2018. Helsinki.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-100-3>
- Eettinen foorumi. ”Neitsyystutkimus” – nuoren tytön hengenpelastus vai intimitettiin loukkaus? Suomen Lääkärilehti 2007;(62);3090–91.
- ETENE. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE julkaisuja 11. Helsinki 2004.
- Kanervo S, Saarinen T. Kulttuurit keskuudessamme. Turun kulttuurikeskus. Turku 2011.
- Lukkarinen M. Omakielisten palvelujen turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:1. Helsinki 2001.
- Kulttuurien kohtaaminen. Duodecim teemanumero 2007;123 (4).
- Pakaslahti A, Huttunen MO, (toim.). Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Duodecim 2010.
- Paananen J. Yhteisymmärryksen rakentaminen monikulttuurisilla lääkärin vastaanotoilla. Diss. Turun yliopisto. 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7557-0>
- Romani ja terveyspalvelut. Opat terveydenhuollon ammattilaisille. Opetushallitus. Oppaat ja käsikirjat 2012:6. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. Teemanumero: Näkökulmia ulkomaalaistaustaisiin Suomessa Vol 54 Nro 3, 2017.
- Suomen psykiatriyhdistys. Kulttuurinen haastattelu. American Psychiatric Association 2013. https://www.psy.fi/psykiatrisia_tyovalineita
- THL. Paloma-koulutus. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyon-tueksi/paloma-koulutus>

Oikeus terveyteen ja velvollisuus antaa hoitoa maassa oleskeleville

Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon järjestämiseen liittyy eettisiä ja käytännön ongelmia. Samat ongelmat koskevat myös eräiden Suomessa pitkäaikaisesti, mutta tilapäisluonteisesti ilman virallista statusta oleskelevien ulkomaalaisten terveydenhuollon järjestämistä. Lakisääteisesti heille ei välttämättä kuulu oikeutta käyttää kaikkia julkisia terveyspalveluja, mutta lääkärillä saattaa silti olla eettinen velvollisuus antaa hoitoa.

OIKEUS TERVEYTEEN – VELVOLLISUUS HOITAA TERVEYTTÄ

Oikeus terveyteen ja velvollisuus antaa terveydenhoitoa perustuvat kansainvälisiin sopimuksiin, terveydenhuoltolakiin (1236/2010) sekä lääkärin etiikan yleisiin periaatteisiin. Eettisiä ja käytännön ongelmia liittyy turvapaikanhakijoiden ja eräiden Suomessa pitkäaikaisesti, mutta tilapäisluonteisesti ilman virallista statusta oleskelevien ulkomaalaisten terveyspalveluiden saamiseen. Lakisääteisesti heille ei välttämättä kuulu oikeutta saada kaikkia julkisia terveyspalveluja, mutta lääkärillä saattaa silti olla eettinen velvollisuus antaa hoitoa. Hankalimmassa tilanteessa ovat ns. paperittomat, joihin usein luetaan maassa ilman oleskeluoikeutta asuvien henkilöiden lisäksi muita henkilöitä, joilla ei ole pääsyä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tällaisia ”terveydenhuollon paperittomia”, joilla on oikeus oleskella maassa muttei pääsyä palveluihin, ovat esimerkiksi oleskelulupaa odottavat henkilöt ja eräät kotimaassaan ilman sairaanhoito-oikeutta jääneet EU-kansalaiset. Monimukaisia pulmatilanteita vastaanotolla syntyy sellaista järjestelmän ”välitilassa” olevien potilaiden kanssa, joilla on vaillinaiset luvat tai jotka odottavat lupapäätöksiä tai oleskelevat maassa luvatta.

Potilastapaus

Maria on 16-vuotias tyttö Itä-Euroopasta. Hän ei ole kotimaassaan sairausvakuutuksen piirissä, joten hänellä ei ole sairausvakuutusta muissakaan EU-maissa. Maria odottaa toista lastaan ja oleskelee EU-kansalaisena laillisesti Suomessa. Raskaus on edennyt 22.–23. viikolle. Ensimmäisessä raskaudessaan ja aiemmin tässä raskaudessa Maria on tuntenut sikiön liikkeet selvästi. Nyt sikiö ei ole liikkunut normaalisti ja Maria on huolissaan. Hän on hakeutunut synnytyssairaalan päivystykseen. Siellä on ilmoitettu, ettei tällainen asia kuulu päivystyksessä hoidettavaksi ja kehoitettu Mariaa ottamaan arkena yhteyttä neuvolaan. Sinne hänellä ei kuitenkaan ole pääsyä, koska hän ei ole Suomessa neuvolapalveluiden piirissä. Onko raskauden seuranta tai sikiön voimien tarkistaminen kiireellistä, välttämätöntä tai päivystyksellistä hoitoa? Missä Mariaa pitäisi hoitaa, vai pitäisikö? Olisiko Mariasta saanut/kannattanut/pitänyt ilmoittaa lastensuojeluviranomaisille? Olisiko 16-vuotias raskaana oleva suomalaistyttö käännytetty synnytyssairaalan päivystyksestä? Muuttaako ei-kiireelliseen hoitoon pääsemisen vaikeus kiireellisen hoidon määritelmää? Voiko välttämättömän hoidon tai etuuden evätä yhdeltä potilaalta siksi, että joku muu saattaisi käyttää sitä perusteettomasti? Voiko lääkäri priorisoida kiireellistä hoitoa tarvitsevia potilaita heidän alkuperänsä perusteella?

Kysymys siitä, kenelle julkisesti kustannettua hoitoa annetaan, on eettisesti monimutkainen. Hoidon priorisointikeskustelun yhteydessä lääkärikunta on todennut, että yhteisten resurssien priorisointi koskee vain sairauden ennustetta ja hoidolta odotettavaa hyötyä – ei koskaan potilaan ominaisuuksia tai yhteiskunnallista asemaa. Lääkäreillä voidaan katsoa olevan vastuu huolehtia Suomessa oleskelevien terveydestä.

Suomen Lääkäriliitto on 16.9.2011 hyväksynyt kannanoton pakolaisten, turvapaikanhakijoiden ja paperittomien maahanmuuttajien terveydenhuollosta. Sen mukaisesti lääkärin tulee kohdella potilaitaan tasa-arvoisina, eikä hän saa antaa rodun, uskonnon, poliittisten mielipiteiden tai yhteiskunnallisen aseman vaikuttamaa toimintaansa heitä kohtaan. Yhteiskunta ei saa evätä potilailta oikeutta saada riittävää hoitoa, eikä se saa puuttua lääkärin velvollisuuteen hoitaa potilaita yksinomaan kliinisen tarpeen perusteella. Taloudelliset syyt eivät saa olla esteenä näihin ryhmiin kuuluvien henkilöiden asianmukaiselle hoidolle. Lääkärille pitää antaa asianmukaisesti aikaa ja riittävästi voimavaroja näiden potilaiden hoitoon.

LAIT JA SOPIMUKSET EIVÄT OLE YKSISELITTEISIÄ

Maahanmuuttajien asemaa määrittävät ulkomaalaislaki (301/2004), laki kotoutumisen edistämisestä (1386/2010) ja siihen liittyvät asetukset sekä kansainvälistä suojelua koskeva Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/32/EU. Turvapaikan hakijan asemaan vaikuttaa se, onko hän lapsi vai täysi-ikäinen. Maailman lääkäriiliitto WMA on antanut kannanoton iän määrittämisestä tapauksissa, joissa turvapaikan hakijalla ei ole luotettavia henkilötietoja. Jos iän määrittämisessä on epävarmuutta, tulosta pitäisi tulkita potilaan eduksi.

Terveydenhuoltolain 50 §:n mukaan kaikille Suomessa oleskeleville kuuluu *kiireellinen* hoito. Oikeus saada terveystalvueluita ei ole Suomessa sidottu potilaan kansalaisuuteen eikä maassaolon laillisuuteen. Jos potilaalla ei ole kotikuntaa Suomessa, laki antaa mahdollisuuden periä potilaalta enintään hoidon todelliset kustannukset.

Kaikille kuuluvalla kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn heikkenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman, että sairaus pahenee tai vamma vaikeutuu. Hoito kattaa myös suun kiireellisen terveydenhuollon, mielenterveyshoidon, päihdehoidon ja psykososiaalisen tuen. Kiireellisen hoidon käsitettä ei pidä sekoittaa päivystyspoliklinikoilta tuttuun päivystyksellisen hoidon tarpeen arvioon. Terveydenhuoltolain mukaista kiireellistä hoitoa annetaan muuallakin kuin päivystyspoliklinikoilla.

Aikuisille turvapaikanhakijoille on lain mukaan annettava *välttämätön* hoito, jolla yleisesti tarkoitetaan kiireellistä hoitoa laajempaa oikeutta terveystalvueluihin. Hoidon maksaja on vastaanottokeskus valtionavun tuella. Alle 18-vuotiaat turvapaikanhakijat hoidetaan kuten muut Suomessa vakituisesti asuvat lapset. Kun turvapaikanhakija on saanut pakolaisstatuksen, hänelle osoitetaan kotikunta, ja sen jälkeen hän saa saman terveydenhuollon kuin muut suomalaiset. Useat suuret suomalaiskaupungit ovat lisäksi päättäneet hoitaa myös paperittomia laajemmin kuin laki edellyttää.

Sisäministeriön hallinnonala vastaa kustannuksista, kun turvapaikanhakijat ovat vastaanottokeskuksissa. Jos turvapaikanhakija saa oleskeluluvan, hänen asuinkuntansa saa valtiolta kolmen vuoden ajan laskennallisen korvauksen. Kansaneläkelaitos korvaa kunnalle ja kuntayhtymälle julkisen terveydenhuollon palveluista aiheutuneet kustannukset valtion varoista, kun terveydenhuoltolain 50 §:ssä tarkoitettua kiireellistä hoitoa on annettu henkilölle, jolla

ei ole kotikuntaa Suomessa ja jonka hoidosta aiheutuneita kustannuksia ei ole saatu perittyä potilaalta. Valtion korvaus perustuu rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013) 20 §:ään.

Perustuslaki ja kansainväliset sitovat sopimukset sekä eettiset periaatteet puoltavat monessa tilanteessa oikeutta laajempaan hoitoon, erityisesti kun on kysymys lapsista ja raskaana olevista naisista. Pelko täysimääräisistä kustannuksista voi vaikeuttaa potilaiden hoitoon hakeutumista, ja esimerkiksi lääkekorvauksien puuttuminen saattaa asettaa lääkärin hankalaan tilanteeseen lääkemääräystä tehdessä. On tärkeää huomata ja kertoa potilaalle, että kiireellinen hoito annetaan ensin, ja hoidon maksajaa selvitetään jälkikäteen, tarvittaessa yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa. Potilaan jättäminen taloudellisista syistä hoidotta ei ole eettisesti perusteltua, jos hoitoa on mahdollista saada muualta.

MITÄ KAIKKEA HOITOA ANNETAAN?

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettuun lakiin (559/1994) ja ammattietiikkaan perustuen terveydenhuollon ammattilaisella on valta ja vastuu päättää potilaan hoidon kiireellisyydestä ja hoidon järjestämisestä. Lainsäädäntö ei ota kantaa yksittäisille potilaille tarjottaviin hoitoihin, lääkkeisiin tai toimenpiteisiin. Terveydelle välttämätön hoito, jota ilman potilaan tila olennaisesti huononisi, tulee tavalla tai toisella järjestää kaikille. Muusta hoidosta päätettäessä on huomioitava myös maassaolon oletettu kesto. Kaikkea pitkäaikaista hoitoa ei ole eettistä aloittaa, erityisesti jos hoidon jatkuvuutta ei voida taata.

Potilastapaus

62-vuotias nainen, Bejide, on tullut turistiviisumilla käymään Suomessa asuvan lapsensa luokse. Viisumi on umpeutunut, ja Bejide on paperittoman asemassa. Hänellä on todettu levinnyt syöpä, jonka hoito on aloitettu yksityisklinikalla pienipalkkaisen lapsen kustantamana. Luustometastaasi aiheuttaman kivun hoidoksi on aloitettu kallis opioidilääkitys, josta Bejide on riippuvainen. Hoitoon on kulunut jo joitakin kymmeniä tuhansia ja rahat ovat loppuneet. Yksityinen klinikka on ilmoittanut hoitosuhteen päättyvän. Syöpä on ulseroitunut ihon lävitse erittäin vaaralliseksi haavaumaksi, ja kivunhoidon tarve on jatkuva. Lääkkeet, sidokset ja rahat ovat lopussa. Onko Bejide kiireellisen tai välttämättömän hoidon piirissä? Täytyyvätkö päivytyksellisen hoidon kriteerit? Kuka maksaa Bejiden hoidon ja lääkkeet? Olisiko ollut eettisesti perusteltua suunnitella Bejiden hoitoa alun alkaen toisin, esimerkiksi käyttämällä varoja alusta asti vain elämänlaatua parantavaan hoitoon? Jos yksityinen klinikka markkinoi, tarjoaa ja aloittaa kalliita hoitoja ei-suomalaisille, tulisiko sen osallistua potilaan hoidon kustannuksiin myös silloin, jos potilaan maksumyöky ylittyy?

Maahanmuuttajapotilaan hakeutuessa vastaanotolle on syytä ensimmäiseksi selvittää potilaan kotipaikka sekä millainen on hänen maahanmuuttajastatuksensa, jotta selviäisi myös hänelle kuuluvan terveydenhoidon laajuus ja välttyttäisiin jälkikäteen tulevilta yllätyksiltä. Kiireellisen hoidon rajoja pohdittaessa on ymmärrettävä, että jos hoito jätetään kokonaan antamatta, moni asia saattaa nopeasti muuttua kiireelliseksi (esimerkiksi raskauteen liittyvät ongelmat, pienten lasten terveysongelmat, mielenterveysongelmat, tarttuvien tautien ehkäise-

miseksi tarvittavat toimet). Jatkohoitoa pohdittaessa on selvítettävä, miten kauan potilas oleskelee maassa. Lääkkeitä määrättäessä on selvítettävä, onko potilas lääkekorvausten piirissä, ja jos näin ei ole, on harkittava vaihtoehtoisia tapoja toteuttaa välttämätön lääkitys (edulliset lääkkeet, polikliininen lääkahoito, toimeentulotuen hakeminen välttämättömiin lääkekustannuksiin). Paperittoman potilaan hoidon suunnitteluun on hyvä ottaa sosiaalityöntekijä mukaan alusta alkaen, ja potilaille on rehellisesti kerrottava hoidon toteuttamiseen liittyvistä haasteista ja hoidon rajoista. Katteettomia lupauksia ja toteuttamiskelvottomia hoitosuunnitelmia on välttettävä. Hoitosuunnitelmissa on aina otettava huomioon potilaan edellytykset sitoutua aloitettavaan hoitoon. Muilla kuin kiireellisillä käynneillä on syytä olla perillä siitä, mikä taho vastaa kustannuksista – jo tulkin palkkion maksajasta lähtien.

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja lainsäädäntö on nykyisellään rakennettu siten, että terveydenhuollon ammattihenkilöt joutuvat tilanteisiin, joissa heidän odotetaan epävän potilailta tarpeellinen hoito potilaan Suomessa oleskelun statuksen takia. Lääkärin etiikan näkökulmasta näin ei voi toimia, vaan lääkärin tulisi pyrkiä toimimaan siten, että potilaita hoidetaan yksinomaan kliinisen tarpeen perusteella. Mahdollisia eettisiä pulmatilanteita ja hoidon rajoja pohdittaessa helpottaa tieto siitä, että hoidon antaminen ei koskaan ole laittontaa – hoitamatta jättäminen saattaa olla. Joskus on eettisesti oikein ulottaa hoitoa pidemmälle kuin laki velvoittaa. Välttämättömän lääketieteellisen hoidon järjestäminen on aina ensisijaisesti lääkärin, ei muiden toimijoiden (esimerkiksi sosiaalityöntekijän) vastuulla.

Paperittomien henkilöiden terveydenhuollon järjestämisen on osoitettu hyödyttävän yhteiskuntaa eli olevan perusteltua myös hyötyetiikan näkökulmasta. Jos ihmiset pääsisivät ajoissa hoitoon, monet vaivat saataisiin hoidettua, ennen kuin ne vaativat kalliimpaa kiireellistä sairaalahoitoa. Avoimmalla terveydenhuoltojärjestelmällä voitaisiin todennäköisesti estää tarttuvien tautien leviämistä. Maassa oleskelevien ihmisten tasavertainen ja kunnioittava kohtelu edistää myös yhteiskuntarauhaa. Lääkäriliitto on pyrkinyt vaikuttamaan siihen, että paperittomien terveydenhuolto saataisiin kuntoon.

LÄÄKÄRI, ULKOMAALAINEN POTILAS JA MUUT VIRANOMAISET

Hoitoon hakeutuminen ei saa johtaa potilaan karkottamiseen maasta. Etenkin paperittomien hoito vaatii lääkäriltä erityistä kykyä rakentaa luottamus. Terveydenhuoltohenkilöstöä sitoo vaitiolovelvollisuus: potilaan maassaolotuksen perusteella ei saa tehdä ilmoituksia poliisille tai muille viranomaisille.

Lääkärinä ei saa velvoittaa osallistumaan pakolaisten, turvapaikanhakijoiden tai paperittomien maahanmuuttajien rankaisemiseen tai oikeudenkäyntitoimiin eikä tekemään heille sellaisia tutkimus- tai hoitotoimenpiteitä, jotka eivät perustu lääketieteellisiin syihin, esimerkiksi antamaan rauhoittavia lääkkeitä maasta karkottamisen helpottamiseksi. ■

Lisätietoja:

Global Clinic. PapeTe hankkeen neuvontapuhelin paperittomien hoitomahdollisuuksista Suomessa: 044 744 9932 (arkisin klo 9–15). <http://www.globalclinic.fi/papete-tyo/>

Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS One* 2015;10:e0131483. DOI: 10.1371/journal.pone.0131483.

European Union Agency for Fundamental Rights 2015. Cost of exclusion from healthcare. Luxembourg:

Publications Office of the European Union 2015. ISBN 978-92-9239-946-7, doi:10.2811/825284.

European Union Agency for Fundamental Rights 2011. Fundamental rights of migrants in an irregular situation

in the European Union. Comparative report 2011. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2011 ISBN 978-92-9192-706-7. doi:10.2811/31559.

Kannanotto pakolaisten, turvapaikanhakijoiden ja paperittomien maahanmuuttajien terveydenhuollosta. Suomen Lääkäriliiton 16.9.2011 vahvistamat periaatteet, jotka perustuvat WMA:n kannanottoon. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/pakolaiset/>

Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 73/2014 vp — HE 343/2014 vp. www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lausunto/Documents/pevl_73+2014.pdf

Salmi H, Pelkonen R. Nuori ja vanha lääkäri paperittomien terveydenhuollosta. Pääkirjoitus. *Duodecim* 2015;131(18):1628–9.

Salmi H, Tiittala P, Lundqvist T, Mönttinen A, Sainio S, Aali H, Holmberg V. Kuinka hoidan paperitonta potilasta? *Suomen Lääkärilehti* 2016;71;915–922

Rajaniemi T, Pälve H. Paperittomat haastavat etiikan ja arvot. *Suomen Lääkärilehti* 2015;70;1041.

WMA Statement on Medical Care for Refugees, including Asylum Seekers, Refused Asylum Seekers and Undocumented Migrants, and Internally Displaced Persons. 2010. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-care-for-refugees-including-asylum-seekers-refused-asylum-seekers-and-undocumented-migrants-and-internally-displaced-persons/>

WMA Statement on Medical Age Assessment of Unaccompanied Minor Asylum Seekers. 2019. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-age-assessment-of-unaccompanied-minor-asylum-seekers/>

YK:n yleiskokous 18.12.1979. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, United Nations, Treaty Series, vol. 1249;13. www.refworld.org/docid/3ae6b3970.html

YK:n yleiskokous 20.11.1989. Convention on the Rights of the Child, United Nations, Treaty Series, vol. 1577;3. www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html (siteerattu 5.12.2015).

Salassapitovelvollisuus ja sen poikkeukset

Salassapitovelvollisuuden tarkoituksena on säilyttää lääkärin ja potilaan välillä hoidon kannalta tärkeä luottamuksellinen suhde. Lääkäri tai hammaslääkäri ei saa ilmaista ilman lupaa sivulliselle, mitä hän ammittiaan harjoittaessaan on saanut tietää hoitamastaan henkilöstä ja tämän sairaudesta. Salassapitovelvollisuus on elinikäinen.

Jos lainsäädäntö edellyttää tietojen luovuttamista potilaan suostumuksesta riippumatta, tulee luovuttaa vain kyseisen tarkoituksen kannalta välttämättömät tiedot.

Lääkärin salassapitovelvollisuus on lääkärin etiikan kulmakiviä. Salassapitovelvollisuuden tarkoituksena on säilyttää hoidon kannalta tärkeä luottamuksellinen suhde lääkärin ja potilaan välillä. Näin hoitoa tarvitseva potilas uskaltaa kertoa mahdollisesti arkaluontoisetkin sairauteensa liittyvät tiedot.

Potilas–lääkärisuhteen ylläpitämiseksi ja turvaamiseksi lääkärin on aina pidettävä mielessään salassapitovelvollisuuden eettiset ja juridiset normit. Perussääntö on, että lääkäri tai hammaslääkäri ei saa ilman lupaa ilmaista sivulliselle, mitä hän ammittiaan harjoittaessaan on saanut tietää hoitamastaan henkilöstä ja tämän terveydentilasta.

Vaikka lainsäädäntö mahdollistaa salassapitovelvollisuudesta poikkeamisen useissa tilanteissa, on tietojen luovuttamisessa huomioitava se, että jokaisella on perustuslaissa turvattu oikeus luottamukselliseen tiedonvaihtoon arkaluonteisista asioistaan. On myös hyvä muis-

taa, että pelkkä tieto hoitosuhteesta ja terveydenhuollon asiakkuudesta on salassa pidettävä. Salassa pidettävien terveydentilätietojen luovuttamisen tulee ensisijaisesti perustua potilaan lupaan. Tietojen luovuttaja on vastuussa siitä, että luovuttaminen tapahtuu lainmukaisesti. Jos lainsäädäntö edellyttää tietojen luovuttamista potilaan suostumuksesta riippumatta, tulee varmistautua siitä, että luovutettavat tiedot ovat välttämättömiä sen tarkoituksen kannalta, johon tietoja vaaditaan. Kaikkia tietoja ei siis välttämättä luovuteta, vaan luovutettavien tietojen laajuus on harkittava kussakin tapauksessa erikseen. Tietoja pyytävän tahon on aina ilmoitettava lain säännös, johon tietopyyntö perustuu. Tietoja pyytävältä taholta on myös tarvittaessa pyydettävä lisätietoja tietojen käyttötarkoituksesta.

Joskus on vaikeaa ratkaista, mikä seikka on salassa pidettävä ja mikä ei. Tämänkin asian ratkaisee viime kädessä potilas itse. Jonkin seikan pitämistä salassa pidettävänä ei voida arvioida pelkästään sen perusteella, onko potilaalla lääkärin oman käsityksen mukaan intressiä seikan salaamiseen vai ei. Vaikka julkisuudessa jo esillä olleet potilasta koskevat tiedot eivät voi olla lain tarkoittamia salaisuuksia, on tällaisistakin asioista keskustelemiseen sivullisten kanssa suhtauduttava pidättyvästi. Tämä koskee myös tilanteita, joissa potilas on itse tuonut asian julkisuuteen esimerkiksi sosiaalisessa mediassa. Juridisen salassapitovelvoitteensa lisäksi lääkärin pitää aina ottaa huomioon myös se, miten potilaan asioiden paljastaminen vaikuttaa vastedes lääkärin mahdollisuuksiin ylläpitää luottamuksellista hoitosuhdetta.

SALASSAPITOVOLLISUUS VAHVISTETTU LAINSÄÄDÄNNÖSSÄ

Salassapitovollisuuden pääsääntö sisältyy terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 17 §:ään. Sen mukaan ”terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen.”

Potilaslain (785/1992) 13 § määrää kaikki terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevät pitämään salassa potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot. Säännöksen mukaan ”Terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Sivullisella tarkoitetaan tässä laissa muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Salassapitovollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen.”

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (GDPR) tuli sovellettavaksi kaikissa EU-maissa toukuussa 2018. Asetus säättää yleiset periaatteet henkilötietojen käsittelylle ja on suoraan sovellettavaa oikeutta Suomessa. Asetuksen mukaan erityisiä henkilötietoryhmiä koskevien tietojen (aiemmin arkaluontoiset tiedot) käsittely on terveystietojen osalta rajattu niille henkilöille, joilla on laissa säädetty salassapitovollisuus.

Lakisääteinen salassapitovollisuus koostuu kolmesta osasta:

- vaitiolovollisuus salassa pidettävistä tiedoista,
- velvollisuus ylläpitää asiakirjasalaisuutta eli huolehtia potilasasiakirjojen säilyttämisestä niin, etteivät sivulliset pääse niihin käsiksi, sekä
- salassa pidettävien tietojen hyväksikäyttökielto eli lääkäri ei saa ilman potilaan lupaa käyttää omaksi tai toisen eduksi taikka toisen vahingoksi hoidon yhteydessä saamia tietoja.

Terveydenhuollon ammattihenkilön salassapitovelvollisuus on elinikäinen. Potilasasiakirjojen salassapitoa julkisessa terveydenhuollon toimintayksikössä koskevat kuitenkin asiakirjojen julkisuutta koskevat säännökset ja salassapidon määrääjat. (Ks. Potilasasiakirjat)

SALASSAPITOVOLVOLLISUUS JA ETIIKKA

Eettisiä ongelmia salassapitovelvollisuudesta aiheutuu erityisesti tilanteessa, jossa potilaan salaisuuden paljastaminen on välttämätöntä toisen henkilön hengen tai terveyden suojelemiseksi. Tällöin salassapitovelvollisuuden rikkominen voidaan perustella pakkotilalla, jossa suuremman intressin (henki ja terveys) takia joudutaan uhraamaan pienempi (arkaluonteisten tietojen salassapito). Pakkotilaan ei kuitenkaan voi vedota silloin, kun laissa on tarkasti määriteltä tietojen ilmoittamisen edellytykset. Näin on tehty muun muassa alaikäisen potilaan osalta lastensuojelulaissa.

Toinen eettisesti ongelmallinen tilanne syntyy silloin, kun potilaan hoitoaan varten antamat tiedot paljastavat hänen olleen osallisena rikoksessa. Hoitoa tarvitsevien hoitoon hakeutumisen turvaamista pidetään yleisen edun kannalta vähintään yhtä tärkeänä asiana kuin rikosten selviämistä. Niinpä rikokseen syyllistyneen on voitava päästä hoitoon ilman pelkoa siitä, että lääkäri antaa hänet ilmi. Lääkäriin kanssa käydyt keskustelut kuuluvat länsimaisen oikeuskäsityksen mukaan sen luottamuksellisen tiedonvaihdon piiriin, jonka paljastamisesta ulkopuoliselle voi lähtökohtaisesti päättää vain potilas itse.

Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilöt noudattavat salassapitovelvoitetta ylipääntään hyvin. Terveydenhuollon toimintayksiköissä työskentelee kuitenkin paljon ihmisiä erilaisissa tehtävissä. Kaikille salassapitosäännösten merkitys ei ole yhtä selvä, ja toiminnasta vastaavan henkilön ja GDPR:n mukaisesti nimetyn tietosuojavastaavan on siksi huolehdittava henkilöstön riittävästä koulutuksesta ja valvonnasta. Lisäksi terveydentilatietojen kokoaminen yhä suurempiin alueellisiin ja kansallisiin tietokantoihin voi aiheuttaa joskus kiusauksen katsoa jonkun henkilökohtaisesti tutun tai julkisuudesta tunnetun henkilön potilastietoja. Tilanteet, joissa terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat luvatta katselleet muiden kuin hoitamiensa henkilöiden potilastietoja, ovat tavallisempia rikkeitä kuin omien potilaiden tietojen paljastaminen ulkopuoliselle. Tällainen toiminta ei ole oikeutettua, ja siitä voidaan tuomita sekä rikosoikeudellisesti että myös vahingonkorvauksiin.

Käyttöoikeuksien ja käyttölokien valvonta on oleellinen osa asiakirjasalaisuuden ylläpitämistä terveydenhuollon toimintayksiköissä. Potilailla on oikeus saada tieto siitä, ketkä ovat heidän tietojaan katsoneet. Potilaat ovat myös nykyään entistä valveutuneempia pyytämään selvityksiä ja tekemään ilmoituksia lainvastaiseksi epäilemistään toiminnasta.

POIKKEUKSIA SALASSAPITOVOLVOLLISUUTEEN

Lääkäriin alun perin ehdottomaan salassapitovelvollisuuteen on tullut yhä enemmän poikkeuksia. Nykylainsäädännön poikkeukset ovat kolmen tyyppisiä: ne antavat lääkäriin mahdollisuuden harkintansa mukaan ilmoittaa sivulliselle salassa pidettäviä tietoja, ne antavat sivulliselle oikeuden vaatia lääkäriä ilmoittamaan salassa pidettäviä tietoja, taikka ne edellyttävät, että lääkäri aina ilmoittaa määrättyt tiedot.

Potilaslain 13 §:n 3 momentissa on säädetty salassapitovelvollisuudesta poikkeamisesta, esimerkiksi hoitopalautteen antamisesta. Lääkäri tai hammaslääkäri saa antaa potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisia tietoja toiselle terveydenhuollon toimintayk-

sikölle tai ammattihenkilölle samoin kuin yhteenvedon annetusta hoidosta potilaan hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai ammattihenkilölle ja hoidosta vastaavalle lääkärille pelkästään potilaan ja hänen laillisen edustajansa suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen mukaisesti.

Lääkäri tai hammaslääkäri voi harkintansa mukaan ilmoittaa holhousviranomaiselle henkilöstä, joka on edunvalvojan tarpeessa. Holhoustoimesta annetun lain (442/1999) 91 §:n mukaan se, joka on saanut tiedon edunvalvonnan tarpeessa ilmeisesti olevasta henkilöstä, voi vaitiolovelvollisuuden estämättä ilmoittaa asiasta holhousviranomaiselle.

Lääkärillä tai hammaslääkärillä on potilaslain 13 §:n 4 momentin nojalla oikeus salassapitovelvollisuuden estämättä ilmoittaa poliisille henkeen tai terveyteen kohdistuvan uhkan arviointia ja uhkaavan teon estämistä varten välttämättömät tiedot. Edellytyksenä on, että lääkäri tai hammaslääkäri on hoitotehtäviä hoitaessaan saanut tietoja olosuhteista, joiden perusteella hänellä on syytä epäillä jonkun olevan vaarassa joutua väkivallan kohteeksi.

LÄÄKÄRIN ILMOITUSVELVOLLISUUS

Lääkärillä ja hammaslääkärillä on ilmoitusvelvollisuus viranomaisille muun muassa tartuntataudeista (Ks. *Vaaralliset tartuntataudit*), ammattitaudeista sekä työtaturmista. Terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat velvollisia ilmoittamaan henkilön syntymästä ja kuolemasta väestötietojärjestelmään. Terveydenhuollon toimintayksiköt ilmoittavat lakisääteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisiin keskusrekistereihin muun muassa tiedot potilaista, jotka ovat tarvinneet sairaalahoitoa, syöpätapauksista, aborteista, potilaille asennetuista implanteista, lääkkeiden sivuvaikutuksista jne.

Jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon viranomainen on velvollinen lastensuojelulain (417/2007) 25 §:n perusteella ilmoittamaan kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle tiedossaan olevasta suojelun tarpeessa olevasta lapsesta. Lääkärillä tai hammaslääkärillä on siten velvollisuus ilmoittaa tietoonsa tullut lapsen pahoinpitely tai seksuaalinen hyväksikäyttö siitä riippumatta, haluavatko lapsi tai lapsen vanhemmat, että tällainen ilmoitus tehdään. Ilmoitusvelvollisuus on myös tilanteessa, jossa huoltajan sairaus tai päihteiden väärinkäyttö estää tätä huolehtimasta lapsesta. (Ks. *Lapsen kaltoinkohtelu*) Jos lapsen epäillään joutuneen seksuaalisen hyväksikäytön tai pahoinpitelyn kohteeksi, tulee ilmoitus tehdä myös poliisille.

Tieliikennelain (113/2004) 73 a §:n mukaan lääkärin on todetessaan ajokorttiluvan hakijan tai ajo-oikeuden haltijan terveydentilan muuten kuin tilapäisesti heikentyneen siten, ettei hän enää täytä ajokorttiluvan myöntämisen edellytyksenä olevia terveysvaatimuksia, ilmoitettava siitä poliisille. Traficom on antanut ajoterveydestä ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ilmoituksista yksityiskohtaiset ohjeet. Ampuma-aselain (1/1998) 114 §:n mukaan lääkärillä on velvollisuus tehdä poliisille ilmoitus henkilöstä, joka on 1) todettu mielentilatutkimuksessa, vaarallisuusarviossa tai muussa oikeuspsykiatrisessa tutkimuksessa itselleen tai toiselle vaaralliseksi; tai 2) itsemurhayrityksen vuoksi otettu tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon ja lääkäri tämän hoidon aikana tehdyn arvion perusteella katsoo hänen olevan sopimaton pitämään hallussaan ampuma-asetta, aseensa osaa, patruunoita tai erityisen vaarallisia ammuksia. Ilmoitusoikeus on lisäksi lääkärillä ja muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä henkilöstä, jonka hän potilastietojen ja potilaan tapaamisen perusteella katsoo perustellusta syytä olevan terveydentilansa tai käyttäytymisensä perusteella sopimaton pitämään hallussaan ampuma-asetta, aseensa osaa, patruunoita tai erityisen vaarallisia ammuksia.

Ilmoitusvelvollisuuksia ja -oikeuksia on koottu sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston (Valvira) verkkosivuille.

SALASSAPITO JA PROFESSION

Jo Hippokrateen valassa otetaan esille potilastietojen salassa pitäminen, ja se on myös osa modernia lääkäriä. Potilaan luottamus lääkäriin nojaa keskeisesti hänen luottamukseensa siihen, että kerrotut asiat jäävät vain lääkärin tietoon. Potilaan on helppo ymmärtää oman etunsa mukaisesti, että muut terveydenhuollon työntekijät ja sairaudesta potilaalle korvauksia maksavat henkilöt saavat tarpeellista tietoa päätöksensä perusteeksi.

Merkittävä kynnys on siinä, jos yhteiskunta velvoittaa lääkärin kertomaan potilaan sairaudesta, kun se ei ole suoraan potilaan edun mukaista. Aiemmin laki edellytti tuomioistuimen päätöstä vakavan rikoksen yhteydessä, ennen kuin lääkäri oli veloitettu paljastamaan potilassalaisuuden piirissä olevia asioita. Nykyään säännöksiä on enemmän, ja kuten edellä on kerrottu, esimerkiksi ajoterveyslakiin ja aselakiin on kirjattu lääkärin velvollisuus luovuttaa tietoja. Jos lääkärinkunta ei professionaalisesti huolehdi potilaiden luottamuksesta, on pelättävissä, että potilaat eivät kerro diagnoosin ja hoidon kannalta keskeisiä tietoja. Tällöin professio menettää paitsi mahdollisuuden auttaa yksittäistä potilasta, myös mahdollisuuden auttaa yhteiskuntaa esimerkiksi ajo- ja aseturvallisuuden parantamisessa.

Profession aseman oikea ymmärtäminen ja kliinisen autonomian ylläpitäminen ovat keskeisiä asioita, kun yhteiskunta haluaa hyödyntää lääkärin toimintaa täysimääräisesti. Ilmoitusvelvollisuuksista säädettyä on keskusteltu myös siitä, että lääkärin mahdollisuus tunnustaa potilasvastaanotolla kunkin lainsäädännön edellyttämiä tilanteita ja arvioida potilaan aiheuttamaa riskiä on rajallinen.

ASIANOSAISEN TIEDONSAANTIOIKEUS

Keskeinen tiedonsaantiin oikeuttava säännös sisältyy viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 11 §:ään. Tämän säännöksen mukaan sillä, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta asia koskee, on oikeus saada tieto salassa pidettävistäkin asiakirjoista (niin sanottu asianosaisjulkisuus). Esimerkiksi potilaan hoidon maksavat kunnat ovat tämän säännöksen perusteella oikeutettuja saamaan tietoja niistä potilaista, joiden hoidon ne ovat kustantaneet. Kunnan hallintoon ei kuitenkaan luovuteta yksittäisen potilaan potilaskertomustietoja. Epäselvissä laskutustapauksissa potilaan hoitoon liittyviä tietoja voi tarvittaessa käydä läpi kunnan virkälääkärin kanssa.

Tietoja ei tarvitse antaa, jos tietojen antaminen on vastoin erittäin tärkeää yleistä tai yksityistä etua. Terveystietojen antaminen sivulliselle, jolla on jokin oikeudellinen intressi valvottavanaan, katsotaan yleensä potilaan tärkeän yksityisen edun vastaiseksi. Toisen henkilön terveystietojen antamista asianosaiselle ei kuitenkaan aina pidetä yksityisen edun vastaisena, vaan yksittäistapauksissa ja intressipunninnan jälkeen esimerkiksi omaiset voivat saada henkilön oikeustoimikelpoisuuteen vaikuttavia terveystietoja oikeudenkäynnissä käytettäväksi.

Lääkärin ja hammaslääkärin salassapitovelvoite jatkuu potilaan kuoleman jälkeen. Potilaslaki (13 § 3 mom kohta 5) mahdollistaa kuitenkin kuolleen henkilön elinaikana annettua terveyden- ja sairaanhoitoa koskevien tietojen antamisen perustellusta syystä ja kirjallisesta hakemuksesta sille, joka tarvitsee tietoja tärkeiden etujensa tai oikeuksiensa selvittämistä var-

ten. Esimerkkinä tällaisesta tilanteesta voi olla testamentin moitekanne. Tällöinkin annetaan vain ne välttämättömät tiedot, jotka liittyvät olennaisesti asiaan. Kaikkia tietoja ei ole oikeus saada, vaan tietojen luovuttaja arvioi välttämättömyyden.

VIRANOMAISTEN TIEDONSAANTIOIKEUS

Hyvinvointiyhteiskunnassa edellytetään salassapitovelvoitteesta poikkeamista paitsi yksilön intressien (esimerkiksi toisen hengen ja terveyden) turvaamiseksi, myös yhteiskunnallisesti tärkeiden intressien edistämiseksi. Salassapidon syrjäyttävänä intressinä pidetään lainsäädännössä muun muassa hallintokoneiston kustannustehokkuutta ja valtion taloudellisen turvallisuuden varmistamista.

Lainsäädäntöön sisältyy varsin runsaasti säännöksiä, jossa annetaan jollekin viranomaiselle oikeus saada salassa pidettäviä potilastietoja. Tällainen oikeus on muun muassa Kansaneläkelaitoksella ja muilla vakuutusviranomaisilla, työsuojeluviranomaisilla, työvoimaviranomaisilla sekä sosiaalihuollon viranomaisilla. Näitä viranomaisia koskevia säännöksiä on vähitellen uudistettu vastaamaan yksityiselämän suojaamista edellyttävien ihmisoikeussopimusten ja Suomen perustuslain vaatimuksia. Huomioon on otettava myös EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen säännökset. Pääsääntöisesti viranomaisilla on oikeus saada tieto vain sellaisista henkilön terveydentilaa koskevista seikoista, jotka ovat välttämättömiä asian ratkaisemista varten.

Terveydenhuoltoa valvovilla viranomaisilla (Valvira, aluehallintovirastot) sekä potilasvahinkolautakunnalla on laaja tiedonsaantioikeus käsittelemiensä asioiden osalta, eikä esimerkiksi potilastietoihin tutustuminen vastaanotto toiminnan tarkastamisen yhteydessä edellytä potilaan suostumusta. Poliisilla on pyynnöstä oikeus saada viranomaiselta ja julkista tehtävää hoitamaan asetetulta yhteisöltä ajo-oikeuden, ampuma-aseluvan tai muun sellaisen luvan voimassaolon harkitsemiseksi luvanhaltijan terveydentilaan, päihteiden käyttöön tai väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyviä tietoja salassapitovelvollisuuden estämättä. Edellytyksenä on perusteltu oletus siitä, että luvanhaltija ei enää täytä luvan saannin edellytyksiä. Näitä tietoja saa käyttää vain luvanhaltijan luotettavuuden, sopivuuden taikka luvan voimassaolon muun edellytyksen tai lupaan sisältyvän ehdon täyttymisen arvioimiseksi. Poliisilla on myös oikeus saada tieto esimerkiksi kadonneen tai etsintäkuuluttamansa henkilön hoidossa olemisesta terveydenhuollon toimintayksikössä.

OMAISTEN TIEDONSAANTIOIKEUS

Yksi salassapitovelvollisuuden alkuperäisistä tarkoituksista oli suojata potilaan sosiaalisia suhteita. Tietojen antaminen omaisille onkin monesti tasapainoilua hyvin erilaisten intressien välillä. Potilaan omaisilla ei ole yleistä tiedonsaantioikeutta sairaan omaisensa tiedoista, vaan tietoja voidaan antaa pääsääntöisesti vain potilaan luvalla.

Sairaalaan tullessaan potilas useimmiten itse määrittää sen henkilön, johon hän haluaa hoitohenkilökunnan olevan yhteydessä. Tämä henkilö ei välttämättä ole potilaan lähin omainen tai perillinen. Tietoja voidaan potilaslain 13 §:n perusteella kuitenkin antaa tajuttomuuden tai muun siihen verrattavan synn vuoksi hoidettavana olevan potilaan lähiomaiselle tai muulle hänen läheiselleen, jollei ole syytä olettaa, että potilas kieltäisi menettelemästä näin. Lisäksi niillä potilaan omaisilla tai muilla läheisillä, jotka osallistuvat vajaakykyisen potilaan hoidosta päättämiseen, on potilaslain 9 §:n mukaan oikeus saada kuulemista ja suostumuksen

antamista varten tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta. (Ks. Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet)

Salassapitoon liittyviä eettisiä ongelmia tulee usein esiin kontaktissa nuoriin – etenkin huumaiden tai alkoholin väärinkäyttäjien – siinä yhteydessä, kun heillä on seksuaalisia ongelmia tai vanhempien tai koulun kanssa syntyneitä ristiriitatilanteita. Alaikäisellä potilaalla, joka ikänsä ja kehitystasonsa puolesta pystyy itse päättämään hoidostaan, on potilaslain 9 §:ään perustuva oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoansa koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen. Salassa pidettäväksi terveydentilatiedoiksi katsotaan myös tiedot huumetestin tuloksesta. (Ks. Potilaan päihdeongelma)

ESITUTKINTA JA OIKEUDENKÄYNTI

Poliisilain (872/2011) mukaan poliisilla on oikeus saada viranomaiselta ja julkista tehtävää hoitamaan asetulta yhteisöltä virkatehtävän suorittamiseksi tarpeelliset tiedot ja asiakirjat salassapitovelvollisuuden estämättä, mutta vain jos tiedon antamista poliisille tai tietojenkäyttöä todisteena ei ole laissa kielletty tai rajoitettu. Tietoja pyytävän poliisin on ilmoitettava 1) kuka tietoja pyytää ja virka-asema, 2) tarkoitus, jossa tietoja pyydetään, 3) minkälaisia tietoja pyydetään, 4) miltä ajanjaksolta tietoja pyydetään ja 5) säännös, johon pyytäjän oikeus saada tarkoittamansa tiedot perustuu. Tietopyyntö tehdään ensisijaisesti kirjallisena, ellei tilanteen kiireellisyys edellytä muuta. Tiedot luovutetaan pääsääntöisesti kirjallisesti lausuntoina tai kopioina. Puhelimitse tietoja voidaan luovuttaa vain poikkeuksellisesti kiireellisissä tapauksissa. Puhelinkontaktissa on syytä varmistua soittajan henkilöllisyydestä, esimerkiksi soittamalla takaisin kyseisen henkilön virkapaikalle.

Jos lääkäri tai hammaslääkäri haastetaan oikeuteen todistajaksi, häneen nähden noudatetaan oikeudenkäymiskaaren 17 luvun 14 §:n säännöksiä. Niiden mukaan lääkäri ei saa todistaa henkilön tai hänen perheensä terveydentilaa koskevasta arkaluonteisesta tiedosta tai muusta henkilön tai perheen salaisuudesta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon, ellei se, jonka hyväksi vaitiolovelvollisuus on säädetty, suostu todistamiseen. Lääkäri voidaan kuitenkin velvoittaa todistamaan asiassa, jossa virallinen syyttäjä ajaa syytettä rikoksesta, josta ankarimpana rangaistuksena saattaa seurata vähintään kuuden vuoden pituinen vankeusrangaistus. Tuomioistuimien voi myös velvoittaa lääkärin todistamaan, jos potilas on kuollut ja jos erittäin tärkeät syyt ottaen huomioon asian laatu, todisteen merkitys asian ratkaisemisen kannalta ja seuraukset sen esittämisestä sekä muut olosuhteet sitä vaativat. Salassapitovelvollisen virkamiehen osalta kynnyks todistamiseen on korkeampi, mutta ei ehdoton. Käytännössä vaitiolovelvollisuuden ja todistamiskiellon asettamisen punninta tapahtuu tapauskohtaisesti tuomioistuimissa. Harkinnassa tulee ottaa huomioon asian laatu siten, että vakavaa rikosta koskevassa asiassa on suurempi intressi todistamiskiellon väisty- miselle.

Käytännössä lääkäri joutuu todistamisvelvollisuuden punnintaan useimmiten jo ennen varsinaista oikeudenkäyntiä, poliisitutkinnan aikana. Esitutkintalain (805/2011) ja oikeudenkäymiskaaren säännöksiä on yhdenmukaistettu. Esitutkintalaissa on säädetty, että jos tutkitavana on rikos, josta voi seurata kuusi vuotta tai enemmän vankeutta, lääkäri on velvollinen todistamaan esitutkinnassa salassapitosäännösten estämättä. On kuitenkin huomattava, että vasta esitutkinnan jälkeen syyttäjä ottaa juridisesti kantaa rikosnimikkeeseen ja siihen, onko kyseessä todennäköisin syin törkeä rikos. Poliisi sen sijaan on velvollinen ryhtymään tutki- maan asiaa jo silloin, jos rikoksen epäillään tapahtuneen. Poliisi voi myös pakkokeinolain nojalla takavarikoida tarpeelliseksi katsomansa potilasasiakirjat. ■

Lisätietoja:

Ohje terveydenhuollon ja poliisiin väliseen tiedonvaihtoon, sosiaali- ja terveysministeriö: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162048/OHJE_terveydenhuollon_ja_poliisiin_valiseen_tiedonvaihtoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Top secret -koulutus, Suomen Lääkäriliitto: <https://www.laakariliitto.fi/palvelut/koulutukset/verkkokoulutus/laakaran-salassapitovelvollisuus/>

Traficom: <https://www.traficom.fi/fi/liikenne/tieliikenne/ajoterveysohjeet-terveydenhuollon-ammattilaisille>

Valvira: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/terveydenhuollon-ammattihenkilön-ilmoitusvelvollisuuksia>

Potilasasiakirjat

Asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot ovat välttämättömiä hoidon jatkuvuuden, eri osapuolten oikeusturvan sekä lääketieteellisen tutkimuksen ja terveydenhuollon hallinnon kannalta.

Potilasasiakirjoihin saa viedä vain potilaan hoidon ja tutkimuksen kannalta tarpeellisia tietoja.

Potilaalla on oikeus tutustua siihen, mitä tietoja hänestä on merkitty potilasasiakirjoihin.

Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Niihin tehtyjen merkintöjen avulla voidaan varmistaa potilaan hyvä hoito silloinkin, kun potilasta hoitava henkilökunta vaihtuu.

Asianmukaisesti laaditut potilasasiakirjat ovat tärkeitä potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan kannalta. (Ks. [Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet](#)) Oikeaan aikaan tehdyt merkinnät potilaan tilasta ja hoitopäätösten perusteista parantavat myös hoitohenkilöstön oikeusturvaa tutkittaessa potilaan tekemiä muistutuksia tai kanteluja. (Ks. [Potilasvahingot, hoitohaitat ja hoitovirheet](#)) Potilasasiakirjoihin ja potilasrekistereihin vietyjä tietoja hyödynnetään lisäksi terveydenhuollon hallinnossa sekä lääketieteellisessä tutkimuksessa ja kehittämisessä. Potilasasiakirjamerkintöjen tekeminen on niin tärkeä osa hoitoa, että asianmukaisten merkintöjen tekemättä jättämistä pidetään merkittävänä laadullisena puutteena potilaan hoidossa. Oikeusvalvojen ratkaisukäytännössä on jouduttu toistuvasti kiinnittämään huomiota merkintöjen puutteellisuuteen.

Potilasasiakirjat määrittellään potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäväksi laadituiksi tai saapuneiksi asiakirjoiksi tai teknisiksi tallenteiksi, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjoihin kuuluvat varsinaiset potilaan hoitoa ja tutkimusta koskevat merkinnät ja myös muut sairaan- ja terveydenhoitotoimenpiteiden yhteydessä syntyneet asiakirjat, kuten erilaiset lähetteet, tulokset ja lausunnot, röntgenkuvat, potilaspäiväkirjat sekä muut tallenteet.

Terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää potilasasiakirjojen laatimista sekä yksityisessä että julkisessa terveydenhuollossa. Potilasasiakirjamerkintöjen tekeminen on välttämätöntä myös silloin, kun lääkäri hoitaa läheisiään. (Ks. [Läheisen lääkärinä](#))

Potilasasiakirjoista muodostuu EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) ja sitä täydentävän tietosuojalain (1050/2018) tarkoittamia henkilörekistereitä. Tietosuoja-asetus edellyttää, että henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan tietosuojalainsäädännön mukaisia tietosuojaperiaatteita. Näitä periaatteita ovat: 1) lain- ja asianmukaisuus sekä läpinäkyvyys rekisteröidyn kannalta, 2) luottamuksellisuus ja turvallisuus, 3) tietojen kerääminen ja käsittely nimenomaista ja laillista tarkoitusta varten ja vain se määrä, mikä on tarpeellinen tarkoitukseen nähden, 4) epätarkkojen ja virheellisten henkilötietojen poistaminen tai oikaiseminen viipymättä, sekä 5) säilytys muodossa, josta rekisteröity on tunnistettavissa ainoastaan niin kauan kuin on tarpeen tietojenkäsittelyn tarkoitusten toteuttamista varten.

EU:n tietosuoja-asetus koskee jokaista potilasasiakirjojen rekisterinpitäjää. Pääsääntöisesti jokainen terveydenhuollon toimintayksikkö on oma rekisterinpitäjänsä, jolla on omat potilasasiakirjat. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 9 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueen kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat kuitenkin yhteisen potilastietorekisterin. Sen rekisterinpitäjänä ovat kaikki rekisteriin liittyneet terveydenhuollon toimintayksiköt niiden omien potilasasiakirjojen osalta. Ammatinharjoittajana toimiva lääkäri on itse rekisterinpitäjä.

Potilasrekisteristä vastaavan tahon tulee huolehtia asiakirjojen ja tietojärjestelmien sekä niihin sisältyvien tietojen asianmukaisesta saatavuudesta, käytettävyydestä ja suojaamisesta. Tietojen käyttö edellyttää hoitosuhdetta potilaaseen. Tämä koskee lähtökohtaisesti myös lääkäreitä tai hammaslääkäreitä itseään, eli omien potilastietojen katselu on hyväksyttävää Omakannan kautta, mutta omien tietojen katsominen potilastietojärjestelmästä ei sitä ole. Monet työnantajat ovat tämän nimenomaan kieltäneet. Eri tulkintoja on siitä, saavatko hoitopäätöksistä tai -toimenpiteistä vastuulliset ammattihenkilöt ammatillisen kehittymisen tarkoituksessa katsoa hoidettavanaan olleen potilaan jatkohoidossa tehtyjä merkintöjä selvittääkseen diagnoosin oikeellisuuden ja diagnoosiin liittyvän perustellun hoidon. Tietosuojavalettuutettu on aiemmin katsonut, että tämä on sallittua (Dnro 553/44/2011), kun taas sosiaali- ja terveysministeriö on ollut sitä mieltä, ettei tietojen katsominen tässä tarkoituksessa ole nyky-lainsäädännön perusteella hyväksyttävää.

Lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä uudistetaan (HE 212/2020). Lakiesityksen 15 §:n mukaan käyttöoikeuksien on perustuttava sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön ja muun asiakas- ja potilastietoja käsittelevän henkilön työtehtävään ja annettavaan palveluun siten, että henkilöllä on käyttöoikeus vain työtehtävissään tarvitsemiinsa välttämättömiin asiakastietoihin, joihin hänellä on tiedonsaantioikeus. Asiakastietojen käsittelyn perusteena on oltava tietoteknisesti varmistettu asiakas- tai hoitosuhde tai muu lakiin perustuva oikeus. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään tarkemmin, mitä tietoja ammattihenkilöt ja muut asiakastietoja käsittelevät henkilöt työtehtävänsä ja annettavan palvelun perusteella saavat käyttää.

POTILASASIAKIRJOIHIN KIRJATTAVAT TIEDOT

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirja-asetus (298/2009) määrittää yksityiskohtaisesti sen, mitä potilasasiakirjoihin tulee merkitä. Jokaisesta potilaasta on laadittava jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus, johon potilasta koskevien perustietojen lisäksi merkitään käynti- ja hoitajaksokohtaiset tiedot. Potilasasiakirjat tulee laatia ja säilyttää sellaisia välineitä ja menetelmiä käyttäen, että asiakirjoihin sisältyvien tietojen eheys ja käytettävyyden voidaan turvata tietojen säilytysaikana. Tämä on erityisen tärkeää käytettäessä sähköisiä potilastietojärjestelmiä.

Potilaskertomuksen oleellinen osa ovat lääkärin tekemät merkinnät havainnoistaan, arvioistaan ja johtopäätöksistään potilaasta ja hänen hoidostaan, sekä seikat, joihin hän perustaa arvionsa. Keskeistä potilasasiakirjamerkinnöissä on, että niiden perusteella voidaan jälkikäteen hahmottaa ajattelu, johon lääkäri tai hammaslääkäri perustaa hoitopäätöksensä. Potilasasiakirjoihin tulee siis havaintojen ohella kirjata niistä tehdyt johtopäätökset. Merkintöjen laajuus, tarkkuus ja yksityiskohtaisuus voivat vaihdella. Potilasasiakirja-asetus asettaa varsin laajan kirjaamisvelvollisuuden, jota voi olla vaikea toteuttaa kiireisessä potilastyössä. Mitä vaikeampi ja kriittisempi potilaan tila on tai mitä merkittävämmästä hoitopäätöksestä on kyse, sitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin tiedot on kirjattava. Jokaisen toimenpiteen peruste pitää määritellä selkeästi potilasasiakirjoissa. Vaikutuksiltaan ja riskeiltään erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnasta tulee tehdä sellaiset merkinnät, että niistä ilmenee, minkälaisin perustein valittuun menetelmään on päädytty. Myös potilaan hoitoon liittyvistä riskeistä, kuten allergioista tai muista vastaavista hoidossa huomioon otettavista seikoista, hoidon haitallisista vaikutuksista tai epäilyistä potilas-, laite- ja lääkevahingoista tulee tehdä asianmukaiset merkinnät.

Potilasasiakirja-asetuksen 18 § edellyttää, että potilasasiakirjoihin merkitään tiedot potilaslain 5 §:n tarkoittaman hoitoon liittyviä seikkoja koskevan selvityksen antamisesta. Jos potilas kieltäytyy tutkimuksesta tai hoidosta, on kieltäytyminen kirjattava potilasasiakirjoihin.

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan asiakirjoihin merkitään aina potilaan henkilötiedot. Periaatteessa potilasta ei siis voida hoitaa anonymisti, mutta toisaalta lääkärillä on velvollisuus hoitaa myös sellaista avun tarvisijaa, joka ei suostu ilmoittamaan nimeään. Tällöinkin on käytettävä jonkinlaista potilaan yksilöintitunnusta, jotta samaa potilasta koskevat merkinnät voidaan yhdistää. Samoin on toimittava, jos hoidettavaksi tuodaan tuntematon potilas, joka ei pysty ilmoittamaan nimeään. Tällöin potilasasiakirjamerkintöihin tulee viedä potilaan tunnistetiedot heti, kun henkilöllisyys on saatu selville.

Potilasasiakirjoihin saa viedä vain tutkimuksen ja hoidon kannalta tarpeelliset tiedot. Esi-merkiksi potilaan tai omaisen tekemään muistutukseen, kanteluun ja potilsvahinkoasiaan liittyvät tiedot eivät yleensä ole tarpeellisia potilaan muun hoidon järjestämisen kannalta. Potilaan muussa hoidossa ei välttämättä tarvita myöskään tietoja potilaalle oikeuslääketieteellisenä virka-apuna suoritetuista tutkimuksista. Näitä tietoja ei yleensä pitäisikään liittää potilaan hoidossa käytettäviin asiakirjoihin, vaan säilyttää potilasrekisterissä erillisenä tiedostona.

Muita henkilöitä kuin potilasta itseään koskevia tietoja saa merkitä potilasasiakirjoihin vain, jos ne ovat potilaan hoidon kannalta välttämättömiä. Tietojen lähde tulee kirjata. Tietosuoja-lainsäädännössä tarkoitettuja muita erityisiin henkilötietoryhmiin kuuluvia tietoja (kuten rotu tai etninen alkuperä, poliittinen mielipide, uskonnollinen tai filosofinen vakumus, ammattiliiton jäsenyys tai seksuaalinen suuntautuneisuus) saadaan merkitä potilasasiakirjoihin vain, jos ne ovat potilaan hoidon kannalta välttämättömiä. Näiden tietojen rekisteröintiä kiellon lähtökohtana on estää henkilöön tietojen perusteella kohdistuva syrjintä.

POTILAAN OIKEUS TUTUSTUA HÄNESTÄ KERÄTTYIHIN TIETOIHIN

Potilaalla ja muulla rekisteröidyllä on EU:n tietosuoja-asetuksen mukaan oikeus tutustua siihen, mitä tietoja hänestä on merkitty potilasasiakirjoihin. Tietoihin tutustuminen tapahtuu käytännössä joko antamalla potilaalle asiakirjakopiot tai käymällä tiedot läpi yhdessä potilaan kanssa. Normaalityötilanteessa tämä tapahtuu siellä, missä potilaan hoitokin.

Potilasasiakirjojen virheelliset tiedot on oikaistava joko rekisterinpitäjän omasta aloitteesta tai potilaan vaatimuksesta. Potilasasiakirjamerkinnät on korjattava niin, että sekä alkuperä-

nen että korjattu merkintä ovat luettavissa. Jos potilas vaatii merkintöjen korjaamista, rekisterinpitäjän on arvioitava, onko niiden korjaamiseen tai poistamiseen perusteita. Esimerkiksi lääkärin perusteltuja hoitoon liittyviä johtopäätöksiä ei pidä muuttaa, vaikka potilas olisikin niistä eri mieltä. Potilas ei myöskään voi vaatia hänestä laadittuja potilasasiakirjoja kokonaan hävitettäväksi. Potilaalla on kuitenkin oikeus saada poistetuksi sellaiset tiedot, jotka eivät ole tarpeen hänen hoitonsa kannalta. Tietosuojavaltuutetun ratkaisukäytännön mukaan tällaisia tietoja ovat esimerkiksi potilasta leimaavat tiedot tai merkintöjen muulla tavalla asiattomat kohdat.

Jos tietosisällöstä syntyy kiistaa, yleensä yksikön ylilääkäri arvioi, ovatko potilaan korjausvaatimukset perusteltuja vai ei. Potilaan oikeus tutustua tietoihin voidaan tietosuojalain (1050/2018) 34 §:n mukaan evätä vain, jos tiedon antamisesta saattaisi aiheutua vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai hoidolle tai hänen oikeuksilleen. Joissakin erityistapauksissa saatetaan joutua harkitsemaan tietoihin tutustumisoikeuden epäämistä jonkun muun henkilön oikeuksien vaarantumisen vuoksi.

YKSITYINEN AMMATINHARJOITTAJA

Lääkäri voi harjoittaa vastaanottoaan joko itsenäisenä ammatinharjoittajana tai yrityksensä kautta. Riippumatta vastaanotto toiminnan muodosta lääkäriyrittäjä on lähtökohtaisesti omien potilaidensa osalta potilasrekisterinpitäjä. Hän voi kuitenkin osallistua lääkäriaseman rekisterissä olevien potilaiden hoitoon (esimerkiksi työterveyshuolto), jolloin hän toimii kyseisen rekisterin osalta tietojen käsittelijänä. Lääkäriasema voi myös olla vain tietojen käsittelijänä lääkärin potilasrekisterin osalta. Rekisterinpitäjällä ja tietojen käsittelijällä on EU:n tietosuojasetuksen mukaan osin eri velvoitteita.

Ammatinharjoittaja toimii useimmiten lääkäriasemalla, ja käytännössä hänen asiakirjojensa säilyttämisestä vastaa kyseinen asema. Tämä ei kuitenkaan vähennä ammatinharjoittajan vastuuta asiakirjojen käsittelystä. Lääkärin on syytä tehdä lääkäriaseman kanssa selkeä sopimus potilasasiakirjojen hallinnoinnista ja osapuolten velvoitteista. Näitä sopimuksia on päivitetty sen jälkeen, kun EU:n yleinen tietosuojasetus tuli sovellettavaksi. Lääkärin ja lääkäriaseman välisessä sopimuksessa on määriteltävä myös menettelytavat siinä tapauksessa, että lääkäri lopettaa työskentelynsä kyseisellä asemalla. Jos yksityisen ammatinharjoittajan potilastiedot halutaan liittää yhteiseen sairauskertomusjärjestelmään, johon on pääsy muillakin lääkäreillä, on siihen saatava potilaan kirjallinen suostumus.

Kun yksityinen terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäinen ammatinharjoittaja lopettaa toimintansa, on huolehdittava potilasasiakirjojen asianmukaisesta säilyttämisestä. Vuoden 2019 alussa on alkanut terveydenhuollon palveluntuottajien ja itsenäisten ammatinharjoittajien paperisten potilasasiakirjojen arkistointi Kelassa.

Arkistointipalvelu koskee toimintansa lopettaneita pieniä yksityisiä terveydenhuollon toimijoita, jotka eivät ole siirtäneet arkistointivelvoitetta muulle taholle. Ennen aineistojen siirtymistä palveluntuottaja ja Kela tekevät kirjallisen sopimuksen arkistointivastuun siirtymisestä.

SÄILYTYS JA TUTKIMUSKÄYTTÖ

Potilasasiakirjojen säilytyksestä on säädetty sekä potilaslaissa että potilasasiakirja-asetuksessa. Asetuksen liitteessä yleinen potilasasiakirjojen säilytysaika on 12 vuotta potilaan kuolemasta tai 120 vuotta potilaan syntymästä.

Eräänä potilasasiakirjojen mahdollisena käyttötarkoituksena on tieteellinen tutkimus ja kehittäminen. Julkisen terveydenhuollon potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttaminen tieteelliseen tutkimukseen on mahdollista tutkimusluvalla, jonka terveydenhuollon toimintayksikkö antaa erikseen julkisuuslain 28 §:n nojalla. Muilta osin tietojen käytöstä mm. tutkimukseen ja kehittämiseen säädetään sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä annetussa laissa (552/2019). Lain mukaan tietojen käyttöluvut myöntää keskitetysti sosiaali- ja terveysalan käyttöluovutuksenomainen (Findata).

SÄHKÖINEN POTILASTIEDON ARKISTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007, asiakastietolaki) mukaan julkisten terveydenhuollon toimintayksiköiden on tullut liittää potilastietojärjestelmänsä Kansaneläkelaitoksen ylläpitämään sähköisen potilastiedon arkistoon (Kanta-palvelut). Tämä kansallinen sähköinen arkisto on tarjonnut vuodesta 2014 lähtien siihen liittyneille terveydenhuollon organisaatioille hoitotietojen saatavuuden yli organisaatio-rajojen potilaan suostumuksella. Samalla Kanta-palvelut toimii sähköisten potilastietojen arkistona. Omakanta on potilaille tarkoitettu henkilökohtainen internetpalvelu, jossa he voivat katsella omia resepti- ja potilastietojaan. Tämä parantaa potilaan mahdollisuuksia osallistua häntä itseään koskeviin hoitopäätöksiin.

Myös alaikäisellä potilaalla on oikeus tutustua potilasasiakirjatiotoihinsa Omakannassa. Huoltajien oikeus nähdä näitä tietoja on ollut alkuvaiheessa rajattu alle 10-vuotiaisiin. Tämä on vaikeuttanut vanhempien mahdollisuuksia hoitaa lastensa asioita. Jos lääkäri arvioi alaikäisen riittävän kypsäksi ymmärtämään hoitoratkaisujen merkityksen, voi alaikäinen silloin päättää itse hoidostaan ja tietojen näyttämisestä huoltajalle. Loppuvuodesta 2020 alkaen terveydenhuollon järjestelmät pystyvät teknisesti välittämään terveydenhuollossa kirjatun arvion alaikäisen päätöskyvystä Kanta-palveluihin. Tällöin Omakanta näyttää huoltajalle sellaiset alaikäistä koskevat tiedot, joiden luovuttamista alaikäinen ei ole kieltänyt. Arvio alaikäisen päätöskyvystä ja päätöskyvyyden alaikäisen tahto tietojen luovuttamisesta huoltajille kirjaan potilastietojärjestelmään jokaisen reseptin ja käynnin tai hoitajakson yhteyteen.

Keskustelunherättäjä

Kirjaaminen vai hoitaminen?

Potilasasiakirja-asetuksen laajojen vaatimusten toteuttaminen hitaalla sairauskertomusjärjestelmällä vie paljon aikaa ja vähentää lääkärin mahdollisuuksia tavata potilaita – ja potilaiden mahdollisuuksia päästä vastaanotolle. Terveydenhuollon tehokkuudesta ja potilaiden hoitoon pääsystä vastaavat yleensä eri tahot kuin kirjaamisvaatimuksista ja IT-järjestelmistä. Periaatteessa olisi tarpeen arvioida, milloin kirjaamisvaatimusten aiheuttama tehottomuus haittaa kansanterveyttä ja -taloutta enemmän kuin perusteellisempi kirjaaminen hyödyttää. ■

Lisätietoja:

Hietanen-Peltola M, Lehtokari O. Huoltajille tulee mahdollisuus asioida kaikkien alaikäisten lastensa puolesta Omakannassa. Suomen Lääkärilehti 2020;75:979–81.

Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuololle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:4. Sähköinen potilastiedon arkisto. <http://www.kanta.fi>

Potilasvahingot, hoitohaitat ja hoitovirheet

Potilasvakuutuslain mukaan potilasvahinkona pidetään potilaalle terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutunutta henkilövahinkoa. Henkilövahingon tulee olla syy-yhteydessä potilaan tutkimiseen, hoitamiseen tai niiden laiminlyöntiin.

Potilasvahinkona voidaan korvata hoitovahinko, infektiovahinko, tapaturmavahinko, laitevahinko, potilaan kehoon kiinteästi asennettavan laitteen vahinko, hoituhuoneiston tai -laitteiston vahinko, lääkkeen toimittamisvahinko tai kohtuuton vahinko.

Potilasvakuutuslain tavoitteena on puolueeton ja avoin korvausjärjestelmä, jossa korvauksen saamiseksi ei tarvitse osoittaa tuottamusta tai laiminlyöntiä. Näin toimien toivotaan häiritsevien mahdollisimman avointa raportointia ja mahdollisuutta niiden analysoinnin (auditoinnin) avulla ehkäistä häiritsevyyksiä ennakolta.

Häiritsevyyksien analysointi onkin katsottu yhdeksi tärkeimmistä keinoista potilasturvallisuuden ja koko hoidon laadun kehittämiseksi lähitulevaisuudessa.

Potilasvahinko, hoitohaitta ja hoitovirhe ovat käsitteinä osittain päällekkäisiä:

Potilasvahinko on potilaalle terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä aiheutunut henkilövahinko. Potilasvahinko on korvattava, jos jokin kahdeksasta potilasvakuutuslain mukaisesta korvauserusteesta täyttyy.

Hoitohaittana pidetään potilaalle hoidosta aiheutunutta haitallista seuraamusta. Se voi olla potilaalle hoidosta aiheutunut potilasvahinko tai muu hoitokomplikaatio, mutta laajasti määriteltynä se kattaa kaikki potilaan hoidon yhteydessä kokemat negatiiviset seuraukset ja tuntemukset, kuten huonosta kohtelusta aiheutuneen mielipahan. Hoitohaitta ei välttämättä johdu puutteellisesta tai virheellisestä menettelystä.

Hoitovirheellä tarkoitetaan yhden tai useamman hoitohenkilökuntaan kuuluvan ammattihenkilön selvästi virheellistä menettelyä. Hoitovirheeksi voidaan kutsua menettelyä, jonka perusteella terveydenhuoltoa valvovat viranomaiset tai asiaa käsittelevät tuomioistuimet saattaisivat määrätä ammattihenkilölle jonkin seuraamuksen. Virheellinen menettely voidaan arvioida hoitovirheeksi silloinkin, kun siitä ei ole aiheutunut potilaalle hoitohaittaa.

Sairaanhoidossa kuten kaikessa inhimillisessä toiminnassa tapahtuu väistämättä vahinkoja ja virheitä. Potilasvahingoista suurin osa olisi ennalta ehkäistävissä asianmukaisen hoito-ohjeiden ja kokeneen terveydenhuollon ammattilaisen ammattistandardin mukaan toimien.

Hoitovahingot ja -haitat sekä niiden epäilyt tulee käsitellä mahdollisimman pian pyrkien asianomaisten yhteisymmärrykseen ja asian välittömään korjaamiseen. Potilaalle tulee selvittää tarkoin, mitä on tapahtunut, sekä pyrkiä minimoimaan ja/tai korjaamaan vahingon aiheuttamat haitat. Empatia vahingon kärsinyttä potilasta kohtaan on aina tarpeen, samoin usein suoranaisten anteeksipyyntö vääristä menettelystä.

Potilasta on informoitava toimintamahdollisuuksista: miten korvausta potilasvahingosta voi hakea potilasvakuutuslain perusteella, tai mitä muita valituskanavia hänellä on käytössään. Potilas on hyvä ohjata kääntymään oikeussuojakeinin valinnassa potilasasiamiehen puoleen, sillä näin voidaan usein välttyä turhilta ja pitkiltä valitusprosesseilta. Lääkärin pitää hallita omat tunteensa, hakea tarvittaessa muiden kollegojen tukea, olla moittimatta muita hoitoon osallistuneita sekä välttää perusteetonta oman toiminnan puolustelua.

Selvitystä varten lääkärin on syytä raportoida vahinkoon johtaneet tapahtumat mahdollisimman pian ja tarkkaan: aika, paikka, potilaan henkilötiedot, sairaushistoria ja häntä aikaisemmin hoitaneet tahot. Selvityksestä pitää käydä ilmi, miten potilaan tahto ja ennakoiva neuvonta oli huomioitu toimenpiteeseen ryhdyttäessä. Olosuhteet tapahtumahetkellä on syytä raportoida ja kirjoittaa muistiin: henkilökunnan riittävyys, toimenpidevälineet, laboratorio- ja röntgenpalvelut sekä työtilanne, oliko kyseessä esimerkiksi päivystys. Millainen oli vastuunjako työpaikalla? Millaiset olivat työpaikan sisäiset ohjeet ja hoitosuositukset? Oliko kaikki tarvittava tieto käytettävissä? Selvitys kannattaa laatia yleiskieltä käyttäen ja ammattitermejä välttäen.

Perusteellinen selvitys on tärkeää vahingon kokeneen potilaan, lääkärin ja muiden hoitoon osallistuneiden henkilöiden oikeusturvan kannalta. Selvitystä laadittaessa on syytä keskustella esimiehen kanssa sekä hankkia tarvittaessa oikeudellista apua. Suomen Lääkäriliiton ja Suomen Hammaslääkäriliiton lakimiehet neuvovat selvitysten laadinnassa. Lisäksi Lääkäriliitto on ottanut jäsenilleen oikeusturvavakuutuksen, josta voidaan korvata kuluja, jotka ovat aiheutuneet vastauksen tai selvityksen antamisesta Valviralle. Vakuutuksesta voidaan korvata myös muun muassa oikeudenkäyntikuluja, jos hoitovirheasiaa käsitellään tuomioistuimessa.

Selvitysten laatiminen sekä valitus- ja muihin prosesseihin vastaaminen on lääkärin normaalia perustyötä. Tähän työhön kannattaa suhtautua vakavasti ja varata sen tekemiseen riittävästi aikaa. Hyvällä selvityksellä ja vastauksella on mahdollista välttää turhat ja pitkäkestoiset jatkoprosessit.

POTILASVAHINGON KORVAAMINEN

Potilasvahinkolaki tuli voimaan 1.5.1987, ja sitä uusittiin 1.5.1999 voimaan tulleilla muutoksilla. Potilasvahinkolaki korvattiin uudella potilasvakuutuslailla (948/2019), joka tuli voimaan 1.1.2021. Lain sisältö ei muuttunut merkittävästi, ja myös uuden potilasvakuutuslain tavoitteena on puolueeton, avoin ja johdonmukainen korvausjärjestelmä, jossa korvauksen saamiseksi ei tarvitse osoittaa tuottamusta eikä laiminlyöntiä. Järjestelmä on melko samantyyppinen kaikissa Pohjoismaissa.

Potilasvahingolla tarkoitetaan potilaalle terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutunutta henkilövahinkoa. Henkilövahinkona pidetään muun muassa potilaalle aiheutunutta ruumiinvammaa, sairautta tai potilaan menehtymistä. Myös potilaan fyysisen tai psyykkisen terveydentilan ohimenevä – esimerkiksi ohimenevä kipu tai särky – tai pysyvä heikentyminen on lain tarkoittama henkilövahinko. Potilasvahingon vuoksi potilaalle korvataan myös ylimääräiset hoitokulut, esimerkiksi uusintaleikkauskulut, sekä vahingon aiheuttama ansionmenetyt. Potilasvahinkona ei sen sijaan korvata henkilövahinkoa, jos se on aiheutunut käytettävissä olevien resurssien puutteesta. Potilasvakuutuslain perusteella ei voida myöskään maksaa korvausta potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain säännösten rikkomisesta taikka huonosta kohtelusta tai käytöksestä potilasta kohtaan.

Potilasvahinko korvataan, jos jokin kahdeksasta potilasvakuutuslain korvauserusteesta täyttyy.

Hoitovahinko on tyypillisin korvattava vahinko. Se on voinut aiheutua potilaan tutkimisesta, hoitamisesta tai niiden laiminlyönnistä. Hoitovahinko korvataan pääsääntöisesti vain, jos arvioidaan, että kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö olisi vastaavassa tilanteessa toiminut toisin ja siten välttänyt vahingon. Tämä on niin sanottu ammattistandardivaatimus. Arviointi tehdään kullakin lääketieteen erikoisalalla toimivan kokeneen ammattihenkilön vaatimustason mukaisesti. Näin esimerkiksi potilaan sepelvaltimotaudin hoidon asianmukaisuutta erikoissairanhoidossa arvioidaan kokeneen kardiologin osaamistason mukaisesti. Jos potilasta vasta tutkitaan terveyskeskuksessa sen selvittämiseksi, edellyttääkö hänen sairautensa kardiologin määräämiä tarkempia tutkimuksia ja/tai hoitoa, arvioidaan tutkimisen ja hoitamisen asianmukaisuus kokeneen yleislääketieteeseen erikoistuneen lääkärin osaamistason mukaisesti.

Potilasvakuutuslain mukaisessa tarkastelussa hoidon tasoa arvioidaan aina tapauskohtaisesti myös kokonaisuutena, jossa ei tarvitse välttämättä eritellä yksittäisen ammattihenkilön myötävaikutusta hoitopäätökseen. Ratkaisevaa hoitovahingon korvattavuuden kannalta on se, onko hoito ollut lääketieteellisesti perusteltua ja onko hoidon toteuttamisessa kokonaisuutena saavutettu kokeneen ammattihenkilön ammattistandardi. Jos näin ei ole, kyseessä on yleensä potilasvakuutuksesta korvattava potilasvahinko. Ratkaisu perustuu toimenpiteen suorittamishetkellä potilaasta käytössä oleviin tietoihin ja kyseisen ajankohdan lääketieteellisen tiedon tasoon, esimerkiksi Käypä hoito -suosituksiin.

Potilaan hoitoon liittyy väistämättä hoitokomplikaatioita, jotka voivat pitkittää hoitoa ja aiheuttaa hänelle lisä- tai jälkihaittoja. Näitä ei korvata potilasvakuutuksesta, ellei toiminnassa ole alitettu ammattistandardia. Jos hoitokomplikaatiosta aiheutuu potilaalle vakava pysyvä vamma tai potilas kuolee, voidaan seurauksena korvata potilasvakuutuksesta kohtuuttomana vahinkona, mikäli laissa säädetty kohtuuttomuuskriteeristö täyttyy. Esimerkiksi leikkauksessa aiheutunut hermovaurio, jota kokenutkaan kirurgi ei olisi voinut tilanteessa välttää, ei ole korvattava potilasvahinko. Jos hermovaurio johtaa siihen, että potilaalle aiheutuu pysyvä vaikea neuropaattinen kiputila, voidaan seurauksena korvata, jos kohtuuttoman vahingon korvausedellytykset muutoin täyttyvät. Lisäksi tutkimuksen tai hoidon yhteydessä alkanut infektio voidaan korvata, jos se katsotaan infektion ennakoitavuuteen, hoidettavaan sairauteen ja potilaan muuhun terveydentilaan nähden sellaiseksi, ettei potilaan tule sitä sietää. Infektiovahingoissa tehdään niin sanottu siedettävyyсарvio.

Valtaosa potilasvahinkoilmoituksista johtuu hoitotoimenpiteen hyväksyttävään riskiin kuuluvista komplikaatioista. Tästä riskistä pitää keskustella potilaan kanssa ennen toimenpidettä ja kirjata neuvonta myös sairauskertomukseen. Puutteellinen informaatio hoidon riskeistä voi joissakin tapauksissa oikeuttaa potilaan korvaukseen.

Korvausta voi saada myös laiteviasta tai hoitotiloista johtuneesta vahingosta, tapaturmasta tutkimus- tai hoitotilanteesta tai sairaankuljetuksen aikana sekä lääkkeen toimittamiseen liittyneestä virheestä. Uudessa potilasvakuutuslaissa korvattavuuden piiriin kuuluvat myös potilaan kehoon kiinteästi asennettavista laitteista, kuten implanteista, tekonivelistä ja tahdistimista aiheutuvat henkilövahingot. Korvattavuuden edellytys on, että laite ei ole ollut niin turvallinen, kuin on ollut aihetta edellyttää.

Potilasvahingosta voi hakea korvausta Potilasvakuutuskeskuksesta kolmen vuoden kuluessa vahingosta. Potilasvakuutuskeskuksen korvauspäätökseen tyytymätön voi pyytää asiasta ratkaisusuosituksen liikenne- ja potilasvahinkolautakunnalta. Lautakunta arvioi tällöin uudelleen, täyttikö hoito lääketieteellisesti hyväksyttävät kriteerit. Lautakunnan tehtävänä on lisäksi antaa suosituksia potilasvakuutuslain yleisestä soveltamisesta ja yhtenäistää näin korvauskäytäntöjä. Myös tuomioistuimet pyytävät lautakunnan ratkaisusuosituksia.

Kaikilla terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavilla on oltava potilasvakuutus potilasvakuutuslain mukaisen vastuun varalta. Työnantaja vakuuttaa virka- ja työsuhteessa olevat lääkärit. Ammatinharjoittajina toimivat Suomen Lääkäriliiton jäsenet kuuluvat liiton kustantaman potilasvakuutuksen piiriin. Suomen Hammaslääkäriliitolla ei potilasvakuutus kuulu jäsenmaksuun, mutta liiton yksityisvastaanottotoimintaa harjoittavat jäsenet voivat liittyä liiton kautta otettavaan ryhmäetuvakuutukseen. Molempien liittojen jäsenetuihin kuuluu myös vastuuvakuutus, joka kattaa potilaalle hoidon yhteydessä sattuneet esinevahingot, kuten esimerkiksi proteesien rikkoutumisen. Potilasvakuutuskeskuksella on niin sanottu regressioikeus laitevalmistajilta laitevahingoissa.

LÄÄKEVAHINGOT

Suomen Keskinäinen Lääkevahinkovakuutusyhtiö hoitaa keskitetysti kaikki lääkkeiden valmistajien, maahantuojien ja markkinoijien vahingot, jotka ovat lääkevahinkovakuutuksen piirissä. Potilaalla on mahdollisuus saada korvausta, jos lääke on aiheuttanut sellaisen yllättävän haitan tai vahingon, jota pidetään hoitotilanteeseen nähden kohtuuttomana. Lääkevalmistuksessa sinänsä ei tarvitse olla mitään vikaa, vaan korvausperusteena voi olla esimerkiksi potilaan voimakas allerginen reaktio.

MUUT POTILAAN OIKEUSSUOJAKEINOT

Valitus on muutoksenhakupyynnö. Vain harvoin terveydenhuollon päätöksiin voi hakea muutosta valittamalla. Potilaalla on kuitenkin valittavanaan useita oikeussuojakeinoja riippuen siitä, onko kyse potilasvahingosta, hoitohaitasta vai hoitovirheestä.

Potilasasiamiehet antavat tarkempia neuvoja oikeusturvatie valinnassa. Mitä vakavampi vahinko on tapahtunut, sitä useampi valituslinja käynnistyy ja usein vielä samanaikaisesti.

Muistutus ja kantelu

Hoitoonsa tai kohteluunsa tyytymätön potilas voi tehdä muistutuksen toimipaikan terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle (ylilääkärille) tai kannella asiasta aluehallintovirastoon, sosiaali- ja terveysalan valvontavirastoon (Valviraan) sekä julkisen terveydenhuollon palveluista eduskunnan oikeusasiamiehelle tai valtioneuvoston oikeuskanslerille.

Valviraan ja aluehallintovirastoihin menneistä kanteluista valtaosa ei ole selvitysten jälkeen johtanut mihinkään toimenpiteisiin lääkäreitä kohtaan. Huomattavassa osassa kantelutapauksista on ollut kyse terveydenhuollon ammattihenkilön käyttäytymisestä potilasta kohtaan. Tämänkin takia on syytä korostaa, että lääkärin ja potilaan väliset erimielisyydet tulisi pyrkiä käsittelemään heti hoitotilanteessa vahingon jälkeen yhteisymmärryksen pyrkien.

Vahingonkorvauskanne ja rikosprosessi

Vahingon kärsinyt potilas voi halutessaan nostaa vahingonkorvauskanteen käräjäoikeudessa, mutta potilasvakuutusjärjestelmän (Potilasvakuutuskeskus ja liikenne- ja potilasvahinkolautakunta) ansiosta potilaat lähtevät harvoin oikeusprosessiin lääkäreitä vastaan. Potilas tai potilaan omaiset voivat tehdä myös tutkintapyynnön poliisille, jos he katsovat, että hoidossa on syyllistetty virkavelvollisuuden rikkomiseen ja/tai vamman tai sairauden tai kuoleman tuottamiseen.

Kuluttajansuoja

Kun potilas käyttää yksityislääkärin tai yksityissairaalan tarjoamia sairaanhoito- ja terveyspalveluja, osapuolten välille syntyy sopimussuhde. Ko. sopimussuhteesta ei ole olemassa erityistä lainsäädäntöä, vaan näitä sopimuksia arvioidaan yleisten sopimusoikeudellisten periaatteiden mukaisesti. Silloin, kun potilas on kuluttajansuojalaisia tarkoitettu kuluttaja, potilaan ja palveluntarjoajan väliseen sopimussuhteeseen on oikeuskäytännössä vakiintuneesti sovellettu kuluttajansuojalain pakottavia säännöksiä sekä kuluttajansuojalain säännöksistä ilmeneviä periaatteita. Sen sijaan julkisten sairaanhoito- ja terveyspalveluiden antamiseen kuluttajansuojalakia ei sovelleta. Palvelusetelilaisissa (569/2009) säädetään kuitenkin, että asiakkaan ja palvelun tuottajan välistä sopimussuhdetta koskevat kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset.

Peruslähtökohta on, että annetun sairaanhoito- ja terveyspalvelun on vastattava sitä, mitä on katsottava sovitun. Olennaista on myös, että potilaslain 5 ja 6 §:n mukaisia veloitteita potilaan tiedonsaantioikeudesta ja itsemääräämisoikeudesta on noudatettu. Palvelu tulee suorittaa ammattitaitoisesti ja huolellisesti, ja sen tulee vastata laissa, asetuksessa ja viranomaispäätöksissä asetettuja vaatimuksia. Jos suoritus poikkeaa tästä, kyseessä on kuluttajansuojalain tarkoittama virhe, joka voi oikeuttaa virhettä vastaavaan hinnanalennukseen sekä korvaukseen vahingosta, joka virheestä on aiheutunut. Jos kyseessä on olennainen virhe, potilaalla voi olosuhteista riippuen olla oikeus sopimuksen purkamiseen tai maksamansa hinnan takaisin saamiseen.

Yksityislääkäripalveluja käyttävä potilas voi kääntyä halutessaan kuluttajaneuvojan tai kuluttajariitalautakunnan puoleen. Menettely on maksutonta. Kuluttajaviranomaisten puoleen voi kääntyä esimerkiksi toimenpiteiden laskutukseen liittyvissä asioissa. Sen sijaan henkilövahinkoihin liittyvä korvausvaatimus on tarkoituksenmukaisinta kohdistaa potilasvaikutukseen.

Oikeussuojakeinot:

- *Potilasvahingosta voi hakea korvausta potilasvakuutuksesta ja lääkevahingosta lääkevahinkovakuutuksesta.*
- *Hoitoonsa tai kohteluunsa tyytymätön potilas voi tehdä muistutuksen terveydenhuollon toimintayksikön vastaavalle johtajalle.*
- *Potilas tai hänen omaisensa voi tehdä kantelun aluehallintovirastolle, Valviralle, sosiaali- ja terveysministeriölle tai lainvalvontaviranomaiselle (oikeuskansleri, eduskunnan oikeusasiamies).*
- *Valitus on muutoksenhakupyynnö. Vain harvoin terveydenhuollon päätöksiin voi hakea muutosta valittamalla (esimerkiksi tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat päätökset).*
- *Jos kyseessä on epäilty ihmisoikeuksien loukkaus, valitus päättyy Euroopan neuvoston ihmisoikeustuomioistuimeen.*
- *Hoidossa tapahtunutta rikosta epäilevä voi kääntyä poliisin puoleen.*
- *Korvauksia on mahdollista hakea myös vahingonkorvauskanteella tuomioistuimessa.*
- *Yksityisiä palveluja koskee kuluttajansuoja.*
- *Joissain tapauksissa kuntalaiset ovat hakeneet hoitoa tai apuvälinettä hallintoriidan avulla.*
- *Potilasasiamiehet neuvovat potilaita oikeussuojakeinon valinnassa.*

Vahingon korvaamisessa sovelletaan ns. rikastumiskieltoa, eli samasta vahingosta ei voi saada korvausta kahteen kertaan. Potilasvakuutusjärjestelmä on maksuton potilaalle. Sen sijaan tuomioistuinprosessissa noudatetaan normaaleja oikeudenkäyntikustannusten säännöksiä.

VIRHEISTÄ JA VAHINGOISTA OPPIMINEN

Lääketieteellinen tieto lisääntyy myös erehdysten ja oppimisen kautta. Hoitohaitat ja läheltä piti -tilanteet tulee aina selvittää perusteellisesti, jotta voidaan kehittää hoitoprosesseja (auditointi). Tämä on myös Potilasvakuutuskeskuksen sekä liikenne- ja potilasvahinkolautakunnan keskeinen tavoite.

Sattuneita vahinkotilanteita tulee käsitellä työpaikoilla rakentavalla ja ammatillista kehittymistä tukevalla tavalla, ilman tarpeetonta syylistämistä. On pyrittävä purkamaan tapahutumaketju ja löytämään seikat, jotka ovat altistaneet hoitohaitalle tai aiheuttaneet sen. Erehdyminen on inhimillistä ja kova työpaine lisää vahinkojen mahdollisuutta. Kun tavoitteeksi asetetaan hoitohaittojen syiden selvittäminen, on mahdollista oppia virheistä ja ennaltaehkäistä vahinkoja. Virhetilanteiden analysointi on keskeinen osa potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kehittämistä. Henkilökuntaa on rohkaistava ilmoittamaan vahinkotilanteista ja haittatapahtumista.

Virheisiin altistavia riskitekijöitä voidaan löytää terveydenhuollon koko toimintakentästä valtakunnallisista ohjausmekanismeista yksilötasolle asti. Turvallisuuskulttuuria, toimintaprosesseja, välineitä ja resursseja sekä henkilökunnan koulutusta ja motivaatiota kehittämällä voidaan päästä parempaan riskien hallintaan. ■

Lisätietoja:

Mikkola J ym. Potilasvahinko. Lain sisältö ja soveltamiskäytäntö. Vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy 2004.

Palonen R ym. Potilas- ja lääkevahingot. Talentum Oy 2005.

Niinistö L, Wallin A. Potilaan oikeudet ja potilasvahinko. YKT 2011. www.terveysportti.fi

Potilasvakuutuskeskus: www.vakes.fi

Potilasturvallisuusopas. THL opas 15/2011.

Potilasturvallisuus ja riskien hallinta. Potilasturvallisuusyhdistyksen opas 2015.

Valtioneuvoston periaatepäätös Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021.

Järvelin J. Studies on Filed and Compensated Claims for Patient Injuries. THL research 92/2012.

Tieteellinen näyttö ja hoitopäätökset

Lääkärillä on eettinen velvollisuus käyttää tieteellistä näyttöä hoitopäätöstensä pohjana.

Näyttö ei kuitenkaan yksin riitä. Lääkärin on yhdistettävä tutkimustieto, kokemus, potilaan arvot ja toiveet sekä käytössä olevat resurssit yksittäisen potilaan kannalta mahdollisimman hyväksi päätökseksi.

Lääkärinvallassa lääkäri lupaa käyttää vain lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä ja ottaa tutkimuksia ja hoitoja suositellessaan tasapuolisesti huomioon niistä potilaalle koituvan hyödyn ja mahdolliset haitat. Lisäksi lääkäri sitoutuu pitämään jatkuvasti yllä korkeaa ammattitaitoaan ja arvioimaan työnsä laatua. (Ks. Lääkärinvala, Jatkuva ammatillinen kehittyminen) Lääkärin eettiseen toimintatapaan on aina kuulunut mahdollisimman hyväksi osoitettujen hoitokeinojen käyttäminen. Ajatus näyttöön perustuvasta hoidosta on siis vanha.

NÄYTTÖÖN PERUSTUVA LÄÄKETIEDE

Käsite ”näyttöön perustuva lääketiede” (evidence-based medicine, EBM) syntyi liikkeenä 1990-luvun alkupuolella. Kyse oli ensisijaisesti uudesta tavasta suhtautua tieteellisen tiedon analysointiin sekä tiedonhaun työkaluista, joita tuotiin tavallisen klinikon ulottuville. Näyttöön perustuvan lääketieteen johtoajatus oli, että intuitio, akateeminen auktoriteetti, epäsystemaattinen kliininen kokemus ja patofysiologinen päättely eivät ole riittäviä perusteita kliiniselle päätöksenteolle. Tarvitaan kliinisiä hoitotutkimuksia. Uusien työkalujen avulla lääkärin piti itse pyrkiä alkuperäisen tiedon lähteille. Tavoite osoittautui kuitenkin pian epärealistiseksi. Niinpä on syntynyt monia erilaisia tapoja tiivistää ja yhdistää tieteellisten tutkimusten tuloksia klinikoille käyttökelpoisempaan muotoon. EBM ei siis mullistanut kliinisen lääketieteen teoriaa, mutta demokratisoi sen käytäntöä: sama tieto on helposti kaikkien saatavilla.

HOITOSUOSITUKSET

Tieteellisten alkuperäistutkimusten määrä on niin suuri, ettei niiden tarkka seuraaminen ole yleensä klinikoille mahdollista. Hoitosuosituksissa yhtäältä tiivistetään suosituksen laatijoiden käsitys tieteellisen näytön tasosta (kuten systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa) ja toisaalta esitetään eriasteisia suosituksia käyvästä hoidosta. Hoitosuositukset eivät ole arvovalta, vaan niiden laatijat joutuvat tekemään monia arvovalintoja sekä tietoa kerättyä ja yhdistettyä että käypää hoitoa suositeltaessa.

Suomalaiseen terveydenhuoltoon tarkoitettuja hoitosuosituksia laaditaan muun muassa Duodecim-seuran ja erikoislääkäriyhdistysten Käypä hoito -yhteistyössä. Hoitosuositusten, päätöksenteon apuvälineiden ja näytön asteen arviointien tarkoitus on tukea lääkäriä tutkimus- ja hoitopäätösten teossa. Tavoitteena on edistää paitsi terveyttä myös yhdenvertaisuutta vähentämällä lääketieteellisesti perusteetonta vaihtelua hoitokäytännöissä.

Suosituksissa esitettyjen väittämien taustalla olevan tieteellisen näytön aste on määritelty neliportaisella asteikolla A–D, jossa A tarkoittaa vahvinta tutkimusnäyttöä ja D hyvin heik-

koa tai olematonta näyttöä. Käytännössä A-luokan näyttöön perustuvia ratkaisuja tai yksilölliseen tilanteeseen hyvin soveltuvia hoitosuosituksia on vain murto-osaan lääkärin työssään kohtaamista tilanteista.

Satunnaistetut tutkimukset ovat usein osoittautuneet ylivertaiseksi menetelmäksi muihin verrattuna. Tällöin näytössä korostuvat sellaiset tutkimukset, joissa on voitu käyttää satunnaistamista, sokkouttamista ja vertailuryhmiä. Lääkehoidot saattavat tämän takia korostua hoitosuosituksissa: niitä on helpompi tutkia tällaisessa asetelmassa kuin muita hoitoja. Lisäksi lääkehoitojen tutkimusta rahoitetaan runsaasti. Esimerkiksi kirurgisista tai psykoterapeuttisista menetelmistä ei voida koskaan saada yhtä ”vahvaa” näyttöä kuin lääkkeistä lumekontrolloiduissa kokeissa. Myös epidemiologinen tutkimus voi tuottaa hyvin vahvaa näyttöä (esimerkiksi tupakan ja keuhkosityövän yhteys). Lisäksi haasteena on, että hoitoja tutkitaan ja niistä laaditaan enemmän suosituksia kuin diagnostisista tutkimuksista.

Syksyllä 2016 on ryhdytty laatimaan Vältä viisaasti -suosituksia sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa pilottihankkeessa. Suositusten tavoitteena on ohjata luopumaan vaikuttamattomista ja mahdollisesti haitallisista terveydenhuollon menetelmistä.

TIETEELLISEN NÄYTÖN SOVELTAMINEN KÄYTÄNTÖÖN

Pelkkä näytön aste ei ratkaise, tulisiko hoitoa antaa. Ratkaisuun vaikuttavat paitsi potilaan toiveet ja päätökset, myös kyseessä oleva tauti ja hoitovaihtoehdot. Lääkärin hoitopäätös perustuu usein pelkästään potilaan patofysiologiseen tilaan, eikä näytön astetta suuresti pohdita (esimerkiksi verenvuodon tyrehtyttäminen puristamalla). Vakavan taudin hoitoyrityksissä on toisaalta hyväksyttävä vähäisempikin näyttö, jos vaihtoehtoja ei ole tarjolla. Potilas voi tietenkin kieltäytyä hoidoista, tai pitää A-luokan näytön hoitoon liittyviä sivuvaikutuksia niin häiritsevinä, että haluaa mieluummin muuta hoitoa.

Toisaalta se, että hoito on tilastollisesti vaikuttavaa, ei takaa sitä, että vaikutus olisi suuruudeltaan merkittävä, eikä sitä, että hoito olisi vaikuttava yksittäiselle potilaalle. Yksilötasolla vaikuttavia mekanismeja ei usein tunneta, eikä yksilöllisiä ominaisuuksia voida huomioida laajoissa tutkimuksissa. Arkielämässä lääkäri kohtaa monisairaita potilaita, jotka eivät koskaan kelpaisi tutkittaviksi satunnaistettuun lääketutkimukseen. Lisäksi on muistettava, että kaikki hoitopäätökset sisältävät arvovalintoja. Lääkärin on otettava huomioon yksittäisen potilaan arvot sekä hänen elämänsä ja hoitojaan koskevat toiveensa.

Potilastapaus

Iäkkäällä potilaalla on todettu lievä osteoporoosi. Laadukkaan satunnaistetun tutkimuksen mukaan eräs lääke vähentää lonkkamurtuman riskiä, mutta 400:aa potilasta pitää hoitaa kolmen vuoden ajan, jotta yksi murtuma estetään. Miten tämä asia esitetään potilaalle? Pitäisikö hoito aloittaa?

NÄYTÖÖN PERUSTUVA HOITO JA YHTEISKUNTA

Julkisen talouden resurssien rajallisuuden vuoksi lääkäri joutuu harkitsemaan tutkimusten ja hoitojen aiheet tarkoin, jottei vaikuttamattomia hoitoja antamalla vietäisi resursseja muilta,

tehokkaammilta hoidoilta. Vaikuttamattomia menetelmiä on sen tähden vältettävä silloinkin, kun ne ovat haitattomia.

Käytännössä tilanne on harvoin näin yksinkertainen. Ongelmallisia ovat esimerkiksi varsin yleiset tilanteet, joissa uusi hoito on vanhaa vain hieman tehokkaampi (tai vähemmän sivuvaikutuksia aiheuttava) mutta huomattavasti kalliimpi. (Ks. [Lääkäri ja teollisuus](#)) Tällöin arvoalinnat ovat ilmeisiä, eikä niiden avoin ratkaisu ole helppoa. Näissä tilanteissa lääkärit tekevät merkittävän osan terveydenhuollon priorisointipäätöksistä. (Ks. [Priorisointi terveydenhuollossa](#)) Kärjistetyimmillään kysymys voi olla siitä, antaako lääkäri yksilölle parasta mahdollista hoitoa vai yhteiskunnan näkökulmasta kustannusvaikutukseltaan parasta hoitoa. Hoitosuosituksot voivat auttaa päätöksenteossa, mutta lääkärin on muistettava niiden perustuvan laatijoidensa arvostuksiin. Jos hoitosuosituksia aletaan laatia tavoitteena esimerkiksi säästää terveydenhuollon kustannuksia, eettinen velvoite seurata niitä voi heiketä.

Tieteellistä näyttöä on välttämätöntä käyttää yksilön taudinmäärityksen ja hoidon perustana, mutta pelkkä näyttö ei riitä päätöksenteossa. Näytön kerääminen, tulkinta, tiivistäminen ja käyttö on pitkä ja jatkuva, monia arvoalintoja sisältävä prosessi. Yksinkertaista tai suoraviivaista arvovapaata tapaa johtaa hoitopäätöksiä tieteestä ei siis ole. Lääkärin tehtävänä on yhdistää tieteellinen tieto, kokemus, potilaan omat toivomukset ja arvot käytettävissä oleviin resursseihin ja tehdä niiden perusteella hoitopäätökset yhdessä potilaan kanssa. ■

Lisätietoja:

Journal of Medical Ethics 2004, Volume 30, no 2 (Evidence based medicine -teemanumero).

Louhiala P, Hemilä H. Näyttöön perustuva lääketiede – hyvä renki mutta huono isäntä. Duodecim 2005;121:1317–25.

Perspectives in Biology and Medicine 2009, Volume 52, no 2 (Evidence based medicine -teemanumero).

Renko M, Soini H, Rantala H, Tapiainen T, Korppi M, Kääpä P, Pokka T, Uhari M. Lääketieteen opiskelijoiden tiedonhaku- ja lukutottumukset. Duodecim 2011;127:2072–9.

Saarni S. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. THL tutkimus 40/2010.

Uskomushoidot

Raja lääketieteen ja uskomushoitojen välillä ei ole tarkka. Eri kulttuureissa ja eri aikoina on paljon vaihtelua siinä, mitkä hoitomuodot sijoitetaan mihinkin kategoriaan. Myös raja uskomushoitojen ja hyvinvointipalveluiden välillä on liukuva.

On tärkeää, että potilaat rohkenevat kertoa lääkärilleen kaikista käyttämistään hoidoista. Siksi lääkärin ei pidä suhtautua kielteisesti uskomushoitoja käyttävään potilaaseen, vaan on pyrittävä mahdollisimman avoimeen dialogiin.

Yksittäisten lääkärien auktoriteetti perustuu osaltaan koko ammattikunnan nauttimaan luottamukseen, joka pohjautuu vaikuttaviksi osoitettujen hoitojen käyttöön. Potilaan on lääkäriin tullessaan voitava luottaa siihen, että tämä soveltaa parhaita, tieteelliseen viitekehykseen pohjautuvia menetelmiä.

Potilaat käyttävät runsaasti hoitoja, jotka eivät kuulu lääketieteen piiriin. Niitä kutsutaan – näkökulman mukaan – uskomushoidoiksi, uskomuslääkinnäksi, vaihtoehtoishoidoiksi, täydentäviksi hoidoiksi tai puoskaroinniksi. Raja lääketieteen ja uskomushoitojen välillä ei ole tarkka, ja eri kulttuureissa sekä eri aikoina on paljon vaihtelua siinä, mitkä hoitomuodot sijoitetaan mihinkin kategoriaan. Esimerkiksi homeopaattisten valmisteiden käyttö on useissa Keski-Euroopan maissa varsin laajasti hyväksyttyä myös lääkärien keskuudessa, toisin kuin Suomessa. Eurooppalainen lääkärijärjestö CPME on katsonut, että lääkärien tulisi kiinnittää huomiota määräämiensä hoitojen tieteelliseen vaikuttavuuteen. Perinteisen kiinalaisen lääkinnän hoitomuotoja käytetään lähes kaikkiin sairauksiin, jotka lääketiede tuntee, joko ainoana hoitomuotona tai yhdessä lääketieteellisten hoitojen kanssa. Perinteistä kiinalaista lääkintää on luonnehdittu mm. kokemukseen perustuvaksi uskomuslääkinnäksi.

Lääketieteessä tieteellisen näytön korostus ja tutkimustyön määrä ovat lisääntyneet huomattavasti viime vuosikymmeninä. Joskus jokin hoitomuoto siirtyy vähitellen lääketieteen piiriin ainakin osittain (esimerkiksi akupunktuuri). Toisaalta raja uskomushoitojen ja joidenkin hyvinvointipalveluiden välillä on sekin epätarkka (esimerkiksi kosmetologiset hoidot). Uskomushoitojen tarjoajilla ei useimmiten ole lääkärin koulutusta, mutta pieni osa lääkäreistä on profiloitunut tarjoamaan hoitoja, joilla ei ole yleistä hyväksyntää lääketieteessä.

Potilaat käyttävät uskomushoitoja monista syistä. Joskus syy on ideologinen ja perustuu maailmankuvaan (esimerkiksi antroposofia), toisinaan syynä on pettymys terveydenhoidossa saatun kohteluun tai hoitotulokseen, ja joskus kyseessä on epäluottamus hoitojen turvallisuuteen tai pelko sivuvaikutuksista (esimerkiksi rokotuskriittisyys). Uskomushoitoja saatetaan käyttää myös viimeisenä vaihtoehtona, kun lääketieteellä ei ole tarjota keinoa potilaan parantamiseksi. Uskomushoitoja markkinoidaan runsaasti ja ilman lääketieteen markkinoinnissa vaadittavaa tiukkaa kontrollia. Uskomushoidot saavat myös runsasta – usein kritiikintöntä – julkisuutta mediassa.

Lainsäädännön tarve

Suomeen on jo runsaan vuosikymmenen ajan yritetty saada lainsäädäntöä rajoittamaan uskomushoitojen tarjoamista haavoittuville ryhmille. Suomalaisen lainsäädännön ja valvonnan puutteellisuus sallii tilanteet, joissa kyse on ilmeisestä taloudellisen hyödyn tavoittelusta vakavasti sairaiden kustannuksella.

Uskomushoitoja on jossakin määrin tutkittu lääketieteen hyväksymillä tieteellisillä menetelmillä. Valtaosasta ei kuitenkaan ole käytettävissä sellaista tutkimustietoa, jolla voitaisiin perustella hoidon hyötyä. Joissakin tapauksissa potilas voi hyötyä uskomushoidoista plasebovaikutuksen tai taudin luonnollisen kulun takia. Toisaalta tietoa puuttuu yhtä lailla myös näiden hoitojen mahdollisista haitoista. Lääketieteen näkökulmasta jotkut hoidot ovat todennäköisesti haitattomia (esimerkiksi hyvin laimeat homeopaattiset valmisteet), jotkut taas potentiaalisesti haitallisia (esimerkiksi mäkikuismavalmisteiden yhteisvaikutukset). Osa uskomushoitojen edustajista suhtautuu periaatteessakin kielteisesti siihen, että heidän hoitojaan tutkittaisiin lääketieteen menetelmin. Hoidon perustana voikin olla teoreettisesti mahdollisia tai mystisiä ajatusrakennelmia, jolloin tieteeseen kuuluva rationaalinen ajattelu- ja argumentaatiotapa ei ole mahdollinen. Joidenkin uskomushoitojen nimessä käytetään lääketiede -nimitystä, vaikka hoitomuoto ei perustu lääketieteeseen. Uskomushoitojen tutkimusta vaikeuttaa myös se, että usein ei ole kysymys vain yhdestä hoidosta vaan kokonaisesta elämäntavasta tai maailmankatsomuksesta.

LÄÄKÄRI JA USKOMUSHOIDOT

On tärkeää, että potilaat rohkenevat kertoa lääkärilleen kaikista käyttämistään hoidoista. Siksi lääkärin ei pidä suhtautua kielteisesti uskomushoitoja käyttävään potilaaseen vaan on pyrittävä mahdollisimman avoimeen dialogiin. Lääkärin tulee osata selittää eri hoitovaihtoehtojen hyödyt ja haitat potilaalle ilman että potilaan toivetta, hoidon tarvetta tai mahdollista kokemusta lääketieteen keinoin annetun hoidon riittämättömyydestä kyseenalaistetaan.

Joskus on mahdollista esittää arvio siitä, onko potilaan käyttämä uskomushoito todennäköisesti vaaraton, mahdollisesti haitallinen tai todennäköisesti haitallinen, mutta aina riskien arviointi ei ole mahdollista. Avoin keskustelu helpottaa sellaisten tilanteiden tunnistamista, joissa potilas suunnittelee luopuvansa tarpeellisesta lääketieteellisestä hoidosta uskomushoidon vuoksi. Lääkärin on tällöin selkeästi tuotava esiin riskit ja haitat, vaikka potilaalla onkin itsemääräämisoikeus hoitojensa osalta. Lääkärin tulee olla tietoinen siitä, että tietyt potilasryhmät ovat erityisen alttiita uskomushoitoihin liittyville riskeille (esim. syöpäpotilaat, mielenterveyspotilaat, vakavaa kroonista sairautta sairastavat potilaat sekä lapset).

Potilastapaus

Pikkulapsella on useita allergioita ja lieväoireinen astma. Lääkehoito toteutuu asianmukaisesti. Äiti suunnittelee, että lapsi aloittaa homeopaattisen valmisteiden käytön ”allergiaoireiden ehkäisyyn”, ja kysyy lääkärin mielipidettä asiasta.

Lasta tai muuten vajaavaltaista hoidettaessa hoitopäätöksistä neuvotellaan vanhempien tai muun edunvalvojan kanssa. Jos tällaisen potilaan henki tai terveys selvästi vaarantuu uskomushoidon tai asianmukaisesta hoidosta pidättäytymisen seurauksena, tarpeellinen lääketieteellinen hoito on annettava vanhempien tai edunvalvojan tahdosta riippumatta, tarvittaessa huostaanottomenettelyn avulla.

Lääkärinvalan mukaan lääkärin tulee käyttää vain lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

edellyttää myös, että ammattitoiminnassa sovelletaan yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja.

Lääkärillä on kliiniseen autonomiaan perustuva mahdollisuus harkita yksittäiselle potilaalle myös muita kuin yleisimpiin suosituksiin perustuvia hoitomuotoja, mikäli potilaan terveys tai muut olosuhteet sitä edellyttävät. Valinnan tulee silti aina perustua näyttöön, odotettuun vaikuttavuuteen ja turvallisuuteen sekä potilaskohtaisiin hyötyihin ja haittoihin. Syy poiketa yleisestä käytännöstä tulee voida perustella lääketieteellisesti sekä dokumentoida.

Yksittäisten lääkärien auktoriteetti perustuu osaltaan koko ammattikunnan nauttimaan luottamukseen, joka pohjautuu vaikuttaviksi osoitettujen hoitojen käyttöön. Potilaan on lääkäriin tullessaan voitava luottaa siihen, että tämä soveltaa parhaita, tieteelliseen viitekehukseen pohjautuvia menetelmiä. Valviran ohjeistuksen mukaan henkilö ei toimi terveydenhuollon ammattihenkilönä antaessaan vaihtoehtohoitoja, vaikka hänellä olisikin terveydenhuollon ammattihenkilön koulutus. Terveydenhuollon ammattihenkilön, joka antaa vaihtoehtohoitoja, tulee palveluja tarjotessaan varmistua siitä, että asiakkaat ymmärtävät saavansa muuta kuin lääketieteellistä hoitoa.

Lääkäriliiton suosituksessa lääkärin suhtautumisesta uskomushoitoihin todetaan, että jos lääkäri käyttää uskomushoidoiksi katsottavia menetelmiä, hän ei saa tehdä sitä lääkärin ammattinimikkeellä eikä markkinoida lääkärin toimintana. Jos lääkäri havaitsee kollegan antavan uskomushoitoja, tulee kollegan huomiota kiinnittää asiaa koskevaan Lääkäriliiton suositukseen. Lisäksi on otettava huomioon, että myös vaarattomat mutta hyödyttömät hoidot kuluttavat terveydenhuollon rajallisia resursseja. ■

Lisätietoja:

Eurooppalaisen lääkärijärjestö CPME:n kannanotto täydentävistä ja vaihtoehtoisista hoitomuodoista: <https://www.cpme.eu/cpme-position-paper-on-complementary-and-alternative-treatments/>

Hietanen P. Turhaa toivoa. *Duodecim* 2017;133 (22):2088–9.

Lääkäriliiton suositus lääkärin suhtautumisesta uskomushoitoihin 14.12.2017. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/suositus-laakarin-suhtautumisesta-uskomushoitoihin/>

Louhiala P. There is no alternative medicine. *Medical Humanities* 2010;36:115–117.

Luukkanen P, Louhiala P. Vaihtoehtohoidot ja etiikka. *Suomen Lääkärilehti* 1999;54:3887–89.

Mäki K. Ihmiskäsitykset sairaus- ja hoitokäsitysten taustalla. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58:1933–34.

Ryynänen O-P, Myllykangas M. Paramedikalisatio. *Duodecim* 2003;119:1874–80.

Salminen V. Syövän vaihtoehtohoidot. *Duodecim* 2017; 133 (22): 2102-9.

Plasebohoitojen etiikka

Plasebovaikutukset ovat mukana kaikessa paranemisessa, ja kokemus hoidetuksi tulemisesta vaikuttaa myönteisesti hoitotulokseen. Positiivisten odotusten vahvistaminen tutkitusti tehokkaissa hoidoissa vahvistaa kokonaisuhoitovaikutusta.

Plasebon määrääminen hoidoksi ei ole eettisesti perusteltua. Se loukkaa tietoisien suostumuksen periaatetta ja potilaan itsemääräämisoikeutta sekä vahingoittaa potilas-lääkärisuhdetta.

Plasebovaikutuksella (lumevaikutuksella) viitataan niihin muutoksiin, jotka ilmenevät plaseboa saaneilla tutkittavilla tai potilailla. Koska plasebo (lume) on määritelmän mukaan vaikuttamaton aine tai menetelmä, ”plasebovaikutus” on sisäisesti ristiriitainen käsite. Sille onkin ehdotettu vaihtoehtoisia termejä, jotka kuvaisivat paremmin sitä, miten hoitotapahtumaan liittyvä vaikutus välittyy, kuten ”kontekstivaikutus”, ”merkitysvaste” tai ”hoivavaikutus”. Näistä mikään ei ole toistaiseksi saanut laajempaa suosiota.

Plasebon käytöstä kliinisissä tutkimuksissa ja hoidossa on keskusteltu vilkkaasti. Kliinisiä lääketutkimuksia tarvitaan sekä uusien lääkeaineiden kehittämiseksi että jo käytössä olevien hoitojen tehokkuuden, turvallisuuden ja vaikuttavuuden arvioimiseen. Kliiniset lääketutkimukset voidaan jakaa karkeasti havaintoaineiston ja koejärjestelyn mukaan jatkumolle, jonka toisessa päässä ovat tapausselostukset (ei koejärjestelyä, sattumanvarainen esiintyminen) ja toisessa päässä tutkimukset, joissa tutkittavaa lääkettä verrataan plaseboon, joka ei sisällä mitään vaikuttavaa ainetta. Satunnaistettua, valvottua kliinistä lääketutkimusta pidetään tärkeimpänä ja parhaimpina lääkeaineen tehon ja haittojen osoittajana, sillä vasta plasebon ja tutkimuslääkkeen vertailu paljastaa tutkimuslääkkeen todellisen vaikutuksen tai sen puutteen. Tämän vuoksi plasebo- ja vertailuvalmistekontrolloitu satunnaistettu tutkimus on kaiken lääketutkimuksen kulmakivi.

Monissa sairauksissa lumelääkkeen käyttäminen vertailukohteena ei ole kuitenkaan eettisesti perusteltua, koska sairautta potevaa henkilöä ei voida jättää tutkimuksen ajaksi hoidotta. Maailman lääkäriliiton Helsingin julistuksen mukaan plasebohoidon käyttö tai potilaan jättäminen ilman hoitoa on eettisesti hyväksyttävää, jos mitään näyttöön perustuvaan nykytoimenpiteeseen ei ole olemassa tai jos plasebon käyttö on tarpeellista painavien ja tieteellisesti perusteltujen menetelmiin liittyvien syiden vuoksi toimenpiteen tai hoidon tehokkuuden tai turvallisuuden määrittämiseksi. Edellytyksenä on lisäksi, että potilaille, jotka saavat lumehoittoa tai jäävät ilman hoitoa, ei koidu mitään vakavan tai pysyvän haitan riskiä. Helsingin julistuksen mukaan tämän vaihtoehdon väärinkäyttöä on vältettävä äärimmäisen huolellisesti ja uuden toimenpiteen tai hoidon hyödyt, riskit, rasitus ja vaikuttavuus on tutkittava vertaamalla niitä parhaaseen näyttöön perustuvaan ennestään käytössä olevaan toimenpiteeseen tai hoitoon.

Plasebovaikutuksilla on useita mekanismeja: lääkkeen tehoon kohdistuva odotus, toiveoireiden lievittymisestä ja aikaisemmat kokemukset saavat aikaan mitattavia muutoksia aivoissa. Esimerkiksi kivun, masennuksen, ahdistuksen ja Parkinsonin taudin hoidossa plaseboryhmässä on saatu aikaan samankaltaisia muutoksia tiettyjen aivoalueiden välittäjäaineissa kuin aktiivista lääkettä saaneilla. Kognitiivisten tekijöiden merkitystä korostavat myös kipututkimusten havainnot, joiden mukaan plasebovaikutus on heikentynyt tai puuttuu kokonaan Alzheimer-potilailla.

Avainasemassa plasebovaikutusten mekanismien tutkimuksessa ovat olleet koejärjestelyt, joissa tutkittavat henkilöt ovat saaneet lääkettä tai plaseboa joko avoimesti tai piilotetusti (open-hidden study design). Tutkittaville voidaan esimerkiksi kertoa heidän saavan tehokasta kipulääkettä, vaikka osa saa plaseboa. Nosebovaikutus eli plasebovaikutuksen vastakohta toteutuu, jos tutkittaville kerrotaan heidän saavan tehottomaa valmistetta tai että valmisteen tiedetään aiheuttavan haittoja.

Plasebolla on siis vakiintunut asema osana kliinistä tutkimusta, mutta onko plasebon käyttö käytännön lääkärin työssä eettisesti hyväksyttävää? Lääkärin tehtävänä on selittää, miten hoitotoimenpiteet vaikuttavat ja mihin niillä pyritään. Selvitys on annettava siten, että potilas pystyy päättämään suostumuksestaan hoitoon tietoisena siihen liittyvistä, hänen päätöksentekoonsa vaikuttavista seikoista, kuten mahdollisista riskeistä ja haitoista sekä muista hoitovaihtoehdoista. Plasebovaikutukset ovat mukana kaikessa paranemisessa, ja kokemus hoidetuksi tulemisesta (hoivavaikutus) osana potilaan ja lääkärin vuorovaikutusta vaikuttaa myönteisesti hoitotulokseen. Positiivisten odotusten vahvistaminen tutkitusti tehokkaissa hoidoissa vahvistaa kokonaisuhoitovaikutusta, ja mitä positiivisemmin lääkäri kertoo hoidon tehosta (= mitä myönteisimpiä potilaan odotukset ovat), sitä paremmin hoito tehoaa. Lisää tutkimustietoa tarvitaan kuitenkin muun muassa plasebovaikutusten merkityksestä ja kestosta eri hoitotilanteissa.

Laajalti uutisoitujen kansainvälisten tutkimusten mukaan näyttäisi siltä, että lääkärit käyttävät plaseboa yleisesti myös potilaiden hoidossa. Tutkimuksissa on kuitenkin useita heikkouksia, ja plasebon käsite on niissä usein ymmärretty laajasti siten, että vastaajat ovat viitanneet pikemminkin plasebovaikutusten ilmenemiseen potilailla kuin vaikuttamattomien aineiden käyttöön sinänsä. Joissakin kyselytutkimuksissa on eroteltu ”puhtaat” ja ”epäpuhtaat” plasebot, joista edelliset ovat (kyseiseen asiaan) vaikuttamattomia aineita ja jälkimmäiset sinänsä vaikuttavia aineita, joilla ei kuitenkaan ole varmaa ja spesifistä vaikutusta potilaan tautiin. ”Puhtaiden plasebojen” määrääminen ei ole yleistä missään. Toisaalta ”epäpuhtaan plasebon” käsite on laaja ja epämääräinen, eikä sitä pitäisi käyttää.

Vaikuttamattoman aineen määrääminen hoidoksi ei ole eettisesti perusteltua. Se loukkaa tietoisuuden suostumuksen periaatetta ja potilaan itsemääräämisoikeutta sekä vahingoittaa potilas-lääkärisuhdetta. Huijauksen tai harhaanjohtamisen paljastuminen heikentää luottamusta hoitoihin yleensä ja voi johtaa haitalliseen nosebovaikutukseen. Potilas saattaa myös jäädä ilman hoitotoimenpiteitä, joista on odotettavissa tieteellisten tutkimusten perusteella todellista terveydellistä hyötyä. Plasebovaikutusten pitkäkestoisuudesta ei myöskään ole varmuutta.

Muutamissa tutkimuksissa plaseboa on annettu avoimesti siten, että tutkittaville on kerrottu asiasta. Asia on perusteltu heille viittaamalla aiempien tutkimusten hyviin tuloksiin plaseboa saaneiden ryhmissä. Näissä tutkimusasetelmissä plasebon käyttö ei ole eettisesti ongelmallista. ■

Lisätietoja:

Colagiuri B, Schenk LA, Kessler MD, Dorsey SG, Colloca L. The placebo effect: from concepts to genes. *Neuroscience* 2015 Oct 29; 307: 171–190.

Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical and ethical advances of placebo effects. *Lancet* 2010;375:686–695.

Fässler M, Meissner K, Schneider A, Linde K. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice – a systematic review of empirical studies. *BMC Med* 2010;Feb 23;8:15.

Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus. [http://www.Lääkäriliitto - Lääkärin etiikka \(laakariliitto.fi\)](http://www.Lääkäriliitto - Lääkärin etiikka (laakariliitto.fi))

Puustinen R, Louhiala P. Onko plasebo lumetta. *Duodecim* 2002;118:729–732.

Pyökari N. Usko lumeeseen on vankka. *Suomen Lääkärilehti* 2012;67:870–2.

Potilastietojen hyödyntäminen

Potilastietoja kerätessä ja yhdistettäessä on aina arvioitava näin saatava hyöty sekä mahdolliset riskit ja haitat. Tämä arviointi on tehtävä riippumatta siitä, onko tarkoituksena kartuttaa tutkimustietoa vai kehittää sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Erityisiä henkilötietoryhmiä (arkaluonteisia tietoja) käsiteltäessä on kyse myös siitä, miten yksilön oikeusturva, yksityisyys ja itsemääräämisoikeus turvataan.

Terveystietojen tai biopankkinäytteiden keräämisen edellytyksenä on potilaan luottamus häntä hoitavaan henkilöön ja järjestelmään. Luottamus on lääkärin toiminnan perusta, ja se on säilytettävä myös digitaalisessa maailmassa.

Suomessa on pitkään kerätty potilas- ja asiakaskohtaista tietoa valtakunnallisiin rekistereihin. Lisäksi tutkimuslaitoksiin ja terveydenhuollon yksiköihin on kertynyt vuosikymmenten kuluessa mittavia näytekokoelmia (biopankkeja), joihin liittyy ja voidaan yhdistää valtavia määriä yksilökohtaisia tietoja.

Rekistereistä ja biopankeista voidaan saada paljon tutkimustietoa, jota ei pystytä saamaan muilla tavoin. Rekisteritiedoilla voidaan esimerkiksi selvittää, miten koulutus, sosiaalinen asema ja elintavat vaikuttavat ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen. Biopankit voivat mahdollistaa muun muassa tarkemman diagnostiikan ja yksilöllisempien hoitojen kehittämisen. Uuden tiedon avulla voidaan suunnata sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja sellaiseen toimintaan, joka on vaikuttavaa ja hyödyttää potilaita.

Tietojen luovutukseen rekistereistä ja biopankeista on tarkat säännöt, jotka ovat tiukentuneet, kun EU:n tietosuoja-asetusta on alettu soveltaa. Potilastietoja kerätessä ja yhdistettäessä on aina arvioitava näin saatava hyöty sekä mahdolliset riskit ja haitat. Tämä arviointi on tehtävä riippumatta siitä, onko tarkoituksena kartuttaa tutkimustietoa vai kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa. EU:n tietosuoja-asetuksen mukaisten erityisten henkilötietoryhmien (arkaluonteiset tiedot) käsittelyssä on kyse myös siitä, miten yksilön oikeusturva, yksityisyys ja itsemääräämisoikeus turvataan.

TERVEYSTIETOJEN TOISSIJAINEN KÄYTTÖ

Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019, toisiolaki) tuli voimaan keväällä 2019. Laki mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon rekisteritietojen, etuustietojen ja sosioekonomisten tietojen käsittelyn muussa kuin alkuperäisessä tarkoituksessa. Lain mukaisia tietojen käyttötarkoituksia ovat tilastointi, tieteellinen tutkimus, kehittämis- ja innovaatiotoiminta, opetus, tietojohdaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisohjaus ja -valvonta sekä viranomaisen suunnittelu- ja selvitystehtävä.

Tietojen keräämisessä eri rekistereistä on aiemmin ollut ongelmia, jotka ovat vaikeuttaneet alan tutkimusta ja turhauttaneet tutkijoita. Toisiolain tavoitteena on helpottaa ja nopeuttaa tietolupakäytäntöjä sekä helpottaa tiedon yhdistämistä eri rekistereistä tietoturvallisesti.

Tietyissä tilanteissa tietojen käyttöön tarvitaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) yhteydessä toimivan erillisen tietolupaviranomaisen (Findata) tietolupa tai tietopyyntöä koskeva päätös. Tällaisesta tilanteesta on kyse, kun tarkoituksena on yhdistää toisiolaissa tarkoitettujen eri rekisterinpitäjien (mm. sosiaali- ja terveydenhuollon julkiset palvelunjärjestäjät)

ja organisaatioiden (esim. THL, Fimea, Valvira, Kela, aluehallintovirastot, Tilastokeskus) tietoja. Lupa tai päätös tarvitaan myös silloin, kun tietoja tarvitaan yksityisiltä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjiltä tai Kanta-palveluihin tallennetuista tiedoista. Tietolupaa voidaan hakea ja tietopyynnön voi esittää myös muualta kuin Suomesta.

Jos viranomaisen keräämiä tietoja käytetään muuhun tarkoitukseen kuin siihen, mihin niitä on lakisääteisesti kerätty, käyttöön täytyy aina olla laissa säädetty peruste. Findata tutkii tiedon käyttämisen edellytykset tietolupahakemuksen tai tietopyynnön käsittelyn yhteydessä. Tiedon käsittelyn on oltava saavutetun päämäärän kannalta välttämätöntä. Jos tiedot voidaan saada henkilöltä itseltään tai muilla keinoin, ne on ensisijaisesti hankittava siten. Tietolupa voidaan antaa, jos on ilmeistä, ettei tiedon antaminen loukkaa niitä etuja, joiden suojaksi salassapitovelvollisuus on säädetty. Lupa liitetään tarkemmat vaatimukset tietojen käsittelyn suojaustoimenpiteistä sekä muut yksityisen edun suojaamiseksi tarpeelliset määräykset. Lupa voidaan peruuttaa, jos siihen arvioidaan olevan syytä. Tiedot hävitetään, kun niiden käsittelyyn ei ole enää lakisääteistä perustetta.

Minimointiperiaatteen perusteella on aina arvioitava, mikä on minimitietosisältö, jolla tarkoitettu käyttötarkoitus voidaan toteuttaa. Tätä arviointia helpottaa rekisterinpitäjien velvoite tuottaa tietoaineistokuvaukset ja neuvontapalvelu. Niiden avulla hakija pystyy arvioimaan jo ennen tietolupahakemuksen tekemistä, mitkä tietoaineistot parhaiten täyttävät aiotun käyttötarkoituksen ja kuinka paljon tietoaineiston käsittely maksaisi.

Tietoluvalla saatuja henkilötietoja voidaan käsitellä vain auditoiduissa tietoturvalisissä käyttöympäristöissä ja tietyn määräajan kuluessa. Tarkoituksena on, että Suomeen muodostuisi tietoturvallisten käyttöympäristöjen verkosto, jonka jokaisessa käyttöympäristössä olisi vastaava tietoturvan taso kuin tietolupaviranomaisella, mutta ympäristöt kilpailisivat välineistöillä. Ympäristöt voisivat noudattaa alan kansainvälisiä standardeja. Tämä helpottaisi myös kansainvälistä yhteistyötä.

Toisilain eduskuntakäsittelyn yhteydessä korostui näkemys, että arkaluonteisten terveystietojen keräämisen perustana on luottamus ihmistä hoitavaan henkilöön ja järjestelmään. Ilman tätä luottamusta ihmiset eivät hyväksy järjestelmää, etenkin kun toisiolakia sovellettaessa ei kysytä erikseen potilaan tai asiakkaan suostumusta tietojen käyttöön. Luottamus on lääkärin toiminnan perusta, ja se on säilytettävä myös digitaalisessa maailmassa. Lupakäytännöllä varmistetaan, että tietoja kerätään vain silloin, kun se on tarpeen, ja että tietoja käsittelevät vain henkilöt, joilla on siihen asianmukainen lupa. Lisäksi lupakäytännöllä varmistetaan, että tiedot eivät ole jälkepäinkään ulkopuolisten luettavissa, koska tietoja käsitellään tietoturvalisissä ympäristöissä.

BIOPANKKIT

Biopankkien toimintaa säännellään biopankkilaisissa (688/2012). Lisäksi säännöksiä on lääketieteellistä tutkimusta koskevassa laissa (488/1999) ja ihmisen elimien, kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä annetussa laissa (101/2001). Kahta ensin mainittua lakia ollaan uudistamassa. (Ks. [Lääketieteellisen tutkimuksen etiikkaa](#)) Biopankkilain uudistamisessa on otettava huomioon EU:n tietosuoja-asetus ja toisiolaki. Muutos liittyy myös valmisteilla olevaan genomilakiin. (Ks. [Geenitestit](#))

Biopankkeihin kootaan, kerätään ja niissä säilytetään näytteitä ja niihin liittyvää tietoa tulevaa biopankkitutkimusta varten. Näytteitä on kertynyt ja niitä kerätään tutkimushankkeiden sekä yksittäisen potilaiden diagnostiikan ja hoidon yhteydessä. Esimerkiksi sairaaloiden patologian osastoilla on potilasnäytteitä jopa yli sadan vuoden ajalta. Tällaisistakin kudos-

näytteistä on mahdollista tunnistaa näytteen antanut henkilö ja hänen tautihistoriaansa. Diagnostisia näytteitä on säilytetty usein myös tarkempaa taudinmäärittystä varten. Niistä on ollut merkittävää hyötyä paitsi näytteen luovuttajalle itselleen myös diagnostiikan kehitykselle. Biopankkitoimintaan liittyy odotuksia siitä, että kudoksia ja soluja tutkimalla voitaisiin selvittää molekyyllitasolla monien tautien mekanismeja. Näin voitaisiin kehittää täsmällisempiä ja tehokkaampia hoitoja, joilla on vähemmän sivuvaikutuksia.

Biopankkilain mukaan näytteiden käsittely biopankeissa perustuu henkilön suostumukseen. Näytteen antaja voi antaa suostumuksensa näytteen käsittelyyn, rajata näytteen käyttöä sekä myöhemmin peruuttaa suostumuksensa. Jos henkilö peruuttaa suostumuksensa, näytettä ja siihen liitettyä tietoa ei voi sen jälkeen käyttää eikä luovuttaa biopankkiin. Ennen peruutusta aikaansaatuja tutkimustuloksia sekä niihin liittyviä tietoja ja tietoaaineistoja saa käyttää biopankkilain määräämin rajoituksin.

Teknologian kehittyttyä biopankkinäytteestä voidaan paljastaa monenlaisia yksilöä koskevia tietoja ja riskitekijöitä. Biopankkinäytteen antajalla on oikeus saada näytteestä määritelty terveydentilaansa koskeva tieto ja selvitys sen merkityksestä. Pyyntö tähän on tehtävä kirjallisesti biopankille.

Biopankkien toiminnan edellytyksenä on suostumuksen antajien luottamus siihen, että näytteitä käytetään tarkoituksenmukaisella tavalla terveyden ja sairauksien tutkimukseen. Biopankeilla on velvollisuus julkaista tietoja niiden aineistoilla tehtävistä tutkimuksista. Tämä vastuuttaa biopankkeja huolehtimaan siitä, että näytteitä käytetään yhteiskunnallisesti hyväksytyyn tutkimukseen. Tutkijoille tämä merkitsee mahdollisuutta tehdä tutkimusta muiden keräämillä aineistoilla ja hyödyntää aiempien tutkimusten keskeisiä tietoja. ■

Lisätietoja:

Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä 552/2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190552>

Kansallinen tietolupaviranomainen Findata. <https://www.findata.fi/>

FinnGen-tutkimuksen lupaukset. Palotie A, Kaunisto M, Harju J, Pitkänen K, Perola M, Jalanko A.

Duodecim 2019;135(10):987-69

Seppänen M et al. Haittaako tietosuojalainsäädäntö tutkimusta? Suomen Lääkärilehti 2019; (74); 719-720

Toisiolaki mahdollistaa sosiaali- ja terveystietojen tietoturvallisen käytön. <https://stm.fi/sote-tiedon-hyodyntaminen>
<https://www.biopankki.fi/>

Elämän alku ja raskausaika

Ihmisen syntymä on tärkeää paitsi yksilölle itselleen, myös syvällinen kokemus vanhemmille ja merkittävä asia yhteiskunnalle. Sikiön kehityksen ja synnytyksen suojaaminen on kiinteä osa terveydenhuoltoa. Lääketiede on tuonut tietoa hedelmöityksen ja sikiön kehityksen mekanismeista ja samalla antanut monia keinoja vaikuttaa niihin. Näin pyritään varmistamaan lasten syntyminen mahdollisimman terveinä.

Lääketieteen vaikutusmahdollisuuksien lisääntyminen on kuitenkin tuonut uusia eettisiä ongelmia, joista useat koskevat elämän alkua. Millä perusteilla alkiodiagnostiikkaa saa tehdä? Onko sukusolujen perimään vaikuttaminen hyväksyttävää? Lisäksi vanhemmat eettiset haasteet abortin hyväksyttävyydestä, sikiödiagnostiikasta tai ylipäätään sikiön oikeudellisesta asemasta ovat yhä ajankohtaisia.

Tässä luvussa käsitellään syntymättömän ihmisarvoa ja oikeuksia sekä raskauden ehkäisyä ja sen keskeyttämisen rajoja. Uuden teknologian seurauksia ja perimään vaikuttamista tarkastellaan lapsettomuushoitojen, sikiö- ja alkiodiagnostiikan sekä perinnöllisyysneuvonnan näkökulmista.



Syntymättömän ihmisarvo ja oikeudet

Milloin sikiöstä tulee ihminen? Tähän kysymykseen ei ole olemassa yksiselitteistä biologista, filosofista, juridista, eettistä eikä teologista ratkaisua.

Sikiö on äitinsä sisällä, mutta ei hänen ruumiinosansa. Tämä sisäkkäisyys luo eräissä tilanteissa eturistiriitoja äidin ja sikiön välille. Jommankumman osapuolen etujen korostaminen äärimmilleen aiheuttaa ongelmia.

Lääkärillä on erityinen velvollisuus edistää syntymättömän oikeuksia ja mahdollisuuksia tasapainoiseen kehitykseen. Lääkärillä on tärkeä rooli ja vaikutusmahdollisuuksia sikiönkehityksen eri vaiheissa, perhesuunnittelusta sikiödiagnostiikkaan, sikiön hoitoon ja synnytykseen.

Vastasyntyneellä lapsella on lainsäädännön ja eettisten normien määrittelemä suoja riippumatta raskauden kestosta. Ennen syntymää varhaisalkion, alkion tai sikiön asema ja oikeudet ovat epäselvempiä. Mahdollisuus aikaansaada alkioita äidin ulkopuolella sekä alkion ja sikiön tutkimiseen soveltuvien tekniikoiden kehitys ovat luoneet uusia tilanteita, joihin liittyy monimutkaisia eettisiä ongelmia.

Lääkäri joutuu pohtimaan syntymättömän asemaan liittyviä kysymyksiä monissa käytännön tilanteissa. Näitä ovat synnytyksen, raskauden ja raskaana olevan hoito, raskauden keskeyttäminen, hedelmöityshoidot, alkio- ja sikiödiagnostiikka, sikiön hoito sekä alkioihin ja sikiöihin kohdistuva tutkimustyö. Sikiöllä tarkoitetaan tässä artikkelissa kaikenikäisiä hedelmöityksen tuloksia ennen syntymää.

Ihmisyksilön elämän alkuna voidaan pitää munasolun hedelmöitymishetkeä. Kaikista hedelmöityksistä ei kuitenkaan tule ihmistä. Kysymykseen, milloin sikiöstä tulee ihminen,

ei ole olemassa yksiselitteistä biologista, filosofista, juridista, eettistä tai teologista ratkaisua. Käytännössä tämän rajan määrittely liittyy keskeisesti aborttiin ja kysymykseen siitä, milloin yhteiskunnan tulee suojella sikiötä ja pitää sen surmaamista tai vahingoittamista rangaistavana. Sikiö on äitinsä sisällä, mutta ei hänen ruumiinosansa. Tämä sisäkkäisyys luo eräissä tilanteissa eturistiriitoja äidin ja sikiön välille. Niissä jommankumman osapuolen etujen korostaminen äärimmilleen aiheuttaa ongelmia.

Katolisen kirkon kannan mukaan sikiötä on suojeltava hedelmöitymishetkestä alkaen. Valitsevista aborttikäytännöistä päätellen yhteiskunnat eivät yleensä tulkitse asiaa näin. Sikiölle ei ole myönnetty täyttä ihmisarvoa, vaan arvo näyttää kasvavan sikiön iän mukana. Myös lääkärin etiikka on mukautunut yhteiskunnallisen päätöksenteon edessä. Historiallisessa Hippokratteen vallassa lääkäri kieltäytyy antamasta naiselle sikiötä tuhoavia aineita. Maailman lääkäriiliiton Geneven julistuksessa lääkäri lupaa kunnioittaa vankkumatta ihmiselämää – tosin ihmiselämän alkua ei julistuksessa määritellä. Useat yhteiskunnat ovat hyväksyneet abortin sallivia lakeja, joihin lääkärit ovat sopeutuneet. Gestatioikä, jolloin abortti voidaan vielä tehdä, vaihtelee eri maiden lainsäädännöissä. Lääketieteellisesti rajana voidaan pitää viimeistään sitä ajankohtaa, jolloin sikiö kyetään pitämään asianmukaisella hoidolla hengissä kohdun ulkopuolella.

Jotta syntymättömän oikeudet toteutuisivat parhaalla mahdollisella tavalla, niitä pitäisi ajatella jo paljon ennen hedelmöitystä. Perhesuunnittelu ja ei-toivottujen raskauksien ehkäiseminen ovat syntymättömän kunnioittamista. Varhaisimpaankin sikiöön sisältyy ihmiselämän mahdollisuus. Raskauden keskeyttämisen ei pidä olla lain sallima rutiini tai ehkäisykeino. Seksuaaliterveyden edistäminen, nuorten seksuaalikasvatus ja maksuton ehkäisy ovat eettisesti ja lääketieteellisesti perusteltu ratkaisu.

Lääkäreillä on erityinen velvollisuus edistää syntymättömän hyvää, koska lääkäreillä on tärkeä rooli ja vaikutusmahdollisuuksia sikiönkehityksen eri vaiheissa perhesuunnittelusta synnytykseen. Suomen Lääkäriiliiton kannanotossa syntymättömän oikeuksista korostetaan sikiön oikeutta elämään, oikeutta syntyä toivottuna, oikeutta terveeseen kehittymiseen ja oikeutta syntyä turvallisesti sekä lääkärin velvollisuutta tukea näiden oikeuksien toteutumista. YK:n lapsen oikeuksien julistuksessa (1959) todetaan: ”Hänen [lapsen] tulee saada kasvaa ja kehittyä terveenä. Lapsen ja hänen äitinsä on sen vuoksi saatava erityistä hoitoa ja huolenpitoa siihen luettuna asianmukainen hoito ennen ja jälkeen synnytyksen”.

SIKIÖN VAI ÄIDIN ETU?

Raskausaikana sikiön ja äidin välille voi syntyä eturistiriitoja. Sikiön hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtiminen voi vaikuttaa tarpeettomalta tai äidin elämää rajoittavalta. Äidille tärkeä lääkitys voi olla sikiölle haitallinen. Tavanomaisuudesta poikkeavat synnytystoiveet – kuten kotisyntyminen – voivat vaarantaa syntyvän lapsen terveyttä. Lääkärillä on erityinen velvollisuus puolustaa sikiön oikeuksia näissä tilanteissa.

Äitiysneuvolassa voi herätä epäily äidin päihteiden käytöstä. Miten varhain ja miten aktiivisesti siihen pitäisi puuttua? Tiedetään, että nopea puuttuminen päihteiden käyttöön ja erityisesti alkoholin käytön väheneminen voi parantaa syntyvän lapsen koko elämää merkittävästi. Jos raskaus jatkuu, on terveydenhuollon tuettava kaikin tavoin päihteettömyyttä, sillä erityisesti alkoholi vaikuttaa sikiön kehitykseen koko raskauden ajan. Yliopistosairaaloissa ja monissa keskussairaaloissa on päihdeongelmallisille raskaana oleville erikoispoliklinikoita, joissa raskaana oleva voi saada erityistukea. Raskaana oleva voidaan ohjata myös ensikotiin jo raskauden aikana tai synnytyksen jälkeen. Lapsesta voidaan tehdä raskausaikana ennakkoli-

nen lastensuojeluilmoitus, jolloin lastensuojelu kytketään jo ennen syntymää mukaan lapsen hyvinvoinnin seurantaan.

Jos sikiöllä todetaan raskauden aikana vakava sairaus, rakennehäiriö tai vamma, raskauden keskeyttäminen voi tuntua vanhemmista parhaalta vaihtoehdolta. (Ks. Raskauden ehkäisy ja keskeyttäminen) Raskauden keskeyttäminen on lähes aina vanhemmille hyvin kipeä asia, ja on tärkeää, että heitä tuetaan tässä vaikeassa elämänvaiheessa. Heidän saatavillaan on oltava tietoa sekä raskauden keskeyttämisen vaihtoehdoista että tahoista, joilta saa tukea raskaudenkeskeytyksen jälkeen, ja myös tietoa annettavasta tuesta, jos he päättävät antaa raskauden jatkua.

LAINSÄÄDÄNNÖN NÄKÖKULMIA

Vaikka sikiöllä ei ole vastasyntyneen juridisia oikeuksia, lainsäädännössä on kuitenkin monia sikiön hyvää tukevia ja alkioiden ja sukusolujen käsittelyä rajoittavia säädöksiä. Lääkärin kannalta tärkeä on muun muassa laki raskauden keskeyttämisestä (239/1970). Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) säätelee elämän varhaisiin vaiheisiin kohdistuvaa tutkimusta. Hedelmöityshoitolaissa (1237/2006) on säädetty hedelmöityshoidoista, rajoitettu syntyvän lapsen ominaisuuksiin vaikuttamista ja kielletty eräitä toimia, kuten ihmisen toisintaminen.

Rikoslain (39/1889) 22 luvun sekä raskauden keskeyttämisestä annetun lain mukaan laitton raskauden keskeyttäminen on kriminalisoitu. Rikoslain säännös ei koske keskeytystä haluaavaa naista vaan niitä, jotka keskeyttävät raskauden ilman laissa edellytettyä lupaa tai muuten oikeudettomasti.

Työturvallisuuslain (738/2002) ja työsopimuslain (55/2001) perusteella työnantajan on otettava huomioon työstä ja työoloista mahdollisesti aiheutuva vaara raskaana olevalle naiselle ja sikiölle ja tarvittaessa siirrettävä työntekijä raskauden ajaksi tälle sopivaan työhön. Ellei tämä ole mahdollista, työntekijällä on sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaan oikeus erityisäitiysrahaan ja -vapaaseen. Perintökaaren (40/1965) mukaan sikiön hyväksi voidaan eräin ehdoin tehdä testamentti.

Edellä mainituista laissa säädellyistä seikoista huolimatta sikiön asema ja oikeudet suhteessa äidin oikeuksiin ovat monissa tilanteissa epäselviä. Siksi on ehdotettu, että sikiöön pitäisi soveltaa lastensuojelun lainsäädäntöä ja julistuksia. Yhteiskunnan pitäisi kaiken kaikkiaan ottaa selkeämmin kantaa syntymättömän ihmisarvoa ja oikeuksia koskeviin seikkoihin, koska kyse ei ole yksinomaan lääketieteen etiikan kysymyksistä.

Koska sikiön ihmisarvo ja oikeudet ovat filosofisesti vaikeasti määritettäviä ja juridisesti heikkoja, lääkärin eettinen velvollisuus tukea syntymättömän oikeuksia korostuu. Sikiö ei voi itse puolustaa oikeuksiaan, mutta lääkäriellä on tähän tehtäviensä vuoksi monia mahdollisuuksia.

Keskustelunherättäjä

Päihdeäitien pakkohoito?

Pitäisikö raskaana olevien päihteenkäyttäjien pakkohoito sallia joissakin ääritilanteissa, jotta voitaisiin mahdollistaa tulevan lapsen terve kehitys? ■

Lisätietoja:

Halmesmäki E, Kahila H ym. Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito. Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta. Suomen Lääkärilehti 2007;62(11):1151–54.

Kahila H. Raskaana oleva päihteidenkäyttäjät. Lääkäriin tietokannat / Lääkäriin käsikirja [online; vaatii käyttäjätunnuksen]. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 20.7.2018.
Raudaskoski T, Kahila T. Päihteidenkäyttäjän raskaus. Kirjassa Tapanainen J, Heikinheimo O, Mäkikallio K (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim 2019, s. 517-524.
Suomen Lääkäriliitto. Syntymättömän oikeudet. (Hyväksytty 19.11.2008, vahvistettu 18.2.2016)
<https://www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/syntymaton/>
Tammela O, Nuutila M. Onko sikiöllä oikeuksia? Duodecim 2008;124(4):356–7.
Tiitinen Aila. Raskaus ja päihteet. Lääkärikirja Duodecim 1.11.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00966

Raskauden ehkäisy ja keskeyttäminen

Vastuullisen raskauden ehkäisyn perusedellytys on riittävä tieto eri ehkäisymenetelmistä sekä sopivan ehkäisymenetelmän saatavuus ja siihen liittyvät terveyspalvelut.

Myös teini-ikäisillä on oikeus luottamuksellisiin ehkäisypalveluihin. Hyvin nuoria tulisi rohkaista keskustelemaan asiasta vanhempiensa tai jonkun muun aikuisen kanssa. Tämä ei kuitenkaan saa olla ehkäisyneuvonnan ja -palvelujen antamisen edellytys.

Lääkäriin käsitellessä raskauden keskeyttämistä koskevia kysymyksiä asiaan vaikuttavat myös hänen omat eettiset periaatteensa. Ne eivät kuitenkaan saa vaarantaa potilaan perusoikeuksia, ja potilas on tarvittaessa ohjattava toiselle lääkärille.

RASKAUDEN EHKÄISY

Perhesuunnittelua koskevassa Maailman lääkäriiliiton (WMA) suosituksessa todetaan, että vanhemmilla on oikeus vapaasti ja vastuullisesti päättää sekä lastensa lukumäärästä että syntymän ajoituksesta. Tämä periaate on maailmassa laajasti hyväksytty, ja se on eettisenä perustana suhtautumisessa raskauden ehkäisyyn.

Ehkäisymenetelmää valittaessa on huomioitava sekä raskauden että seksitautien ehkäisy. Keinovalikoimaan kuuluvat näin ollen ehkäisymenetelmän ja kondomin lisäksi myös järjen käyttö ja riskitilanteiden välttäminen. Raskauden ehkäisy on osa seksuaaliterveyspalveluja.

Ehkäisymenetelmät vaikuttavat eri tavoin. Hormonaalinen ehkäisy, myös jälkiehkäisy, vaikuttaa pääasiassa estämällä munasolun kypsyä ja ovulaatiota sekä/tai siittiöiden pääsyä kohdunkaulan liman läpi. Kohdunsisäiset ehkäisymenetelmät voivat myös estää hedelmöityneen munasolun kiinnittymisen kohtuun. Kaikki nämä menetelmät, hormonaalinen jälkiehkäisy mukaan lukien, estävät raskauden alkamista, joten ne eroavat raskauden keskeyttämisestä.

Mitä laajempi ehkäisymenetelmien valikoima on ja mitä helpommin ne ovat saatavissa, sitä paremmin raskauden ehkäisy toteutuu ja keskeytysten määrä vähenee. Vastuullisen per-

hesuunnittelun perusedellytys on riittävä tieto ehkäisymenetelmistä sekä eri menetelmien terveysriskeistä ja -hyödyistä. Tämän tiedon antaminen ja potilaalle parhaiten sopivien menetelmien selvittäminen on lääkärin velvollisuus; ehkäisytarpeen harkinta ja menetelmän valinta ovat asiakkaan päätettävissä. Ehkäisyneuvontaa antavalla lääkärillä ja hoitajalla on oltava riittävä ymmärrys nuoruusikäisen kehityshaasteista ja seksuaalikehityksestä. Ehkäisymenetelmää valittaessa tulisi selvittää asiakkaan mahdollisuudet hankkia valmiste ja suosia sellaisia ehkäisykeinoja, jotka soveltuvat parhaiten asiakkaan arkeen ja taloudelliseen tilanteeseen.

Myös teini-ikäisillä on oikeus ehkäisyä koskeviin luottamuksellisiin keskusteluihin ja palveluihin, ja tätä heidän oikeuttaan on syytä kunnioittaa. Jos alaikäinen potilas ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden kykenee päättämään hoidostaan, hänellä on potilaslain mukaan oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoansa koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen. (Ks. Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet)

Hyvin nuoria tulisi rohkaista keskustelemaan asiasta vanhempiensa tai jonkun muun aikuisen kanssa, mutta tämä ei saa olla ehkäisyneuvonnan ja -palvelujen antamisen edellytys. Alle 13-vuotiaana aloitetussa seksuaalisessa kanssakäymisessä erityisesti täysi-ikäisen partnerin kanssa on taustalla usein hyväksikäyttöä ja painostusta. Näissä tilanteissa lääkärin on arvioitava lastensuojelun tarvetta ja tehtävä tarvittaessa lastensuojeluilmoitus. Keskusteluissa nuoren kanssa lääkärin on osoitettava olevansa luottamuksen arvoinen, jotta vaikeistakin asioista voidaan puhua. (Ks. Lapsi ja nuori potilaana)

Monissa kunnissa tarjotaan nuorille maksutonta ehkäisyä. Lääkäriliitto on katsonut, että maksuton ehkäisy tulisi ottaa käyttöön koko maassa alle 25-vuotiaille. Hallitusohjelmaan (2019) sisältyy valtakunnallinen kokeilu maksuttomasta ehkäisystä alle 25-vuotiaille. Tulosten perusteella päätetään kokeilun vakinaistamisesta vaalikauden lopulla.

Potilastapaus

16-vuotias tyttö hakeutui ehkäisyneuvolaan toiveenaan aloittaa hormonaalinen ehkäisy. Tyttö seurusteli ikäisensä pojan kanssa, ja ehkäisy oli hoidettu kondomilla. Tytön perhe ei hyväksynyt poikaystävää, eikä seurustelua. Tyttö sai ehkäisyneuvolasta e-pillereiden aloituspakkauksen. Äiti löysi pilleripaketin tytön tavaroista ja takavarikoi sen samalla ehdottomasti kieltäen niin pillereiden käytön kuin seksin ja seurustelunkin. Tyttö hakeutui uudestaan ehkäisyneuvolaan ja sai uuden pilleripaketin ja reseptin. Aloituspakkauksen päätyttyä tyttö joutui toteamaan, ettei hänellä tai poikaystävällä ole rahaa hankkia lisää lääkettä apteekista. Pian tämän jälkeen tyttö tuli suunnittelemattomasti raskaaksi. Hän hakeutui samaiseen ehkäisyneuvolaan keskustelemaan, miten toimia. Keskeytys tuntui ainoalta vaihtoehdolta niin tytöstä kuin poikaystävästäänkin. Neuvolasta kannustettiin kertomaan tilanteesta vanhemmille. Tytön äiti oli alkujärkytyksen jälkeen tyttärensä tukena, suhtautui myönteisesti ehkäisyn uudelleen aloittamiseen ja kustansi pillereiden hankinnan.

RASKAUDEN KESKEYTTÄMINEN

Raskauden keskeyttämisen tarvetta voidaan vähentää asianmukaisen ehkäisyn avulla. Maa-ilmassa tehdään vuosittain arviolta 30–55 miljoonaa raskaudenkeskeytystä. Niistä yli puolet suoritetaan lääketieteellisesti turvattomissa oloissa, yhteiskunnissa, joissa raskauden keskeyttäminen ei lain mukaan ole sallittua. Raskaudenkeskeytyksiä tehdään kaikissa maissa ja

kulttuureissa riippumatta siitä, onko se laillista vai ei. Laittomaan aborttiin kuolee vuosittain maailmassa kymmeniätuhansia naisia. Raskaudenkeskeytysten lukumäärä on vähäisissä maissa, joissa seksuaalivalistus ja raskauden ehkäisypalvelut ovat helpoimmin saatavilla.

Yhteiskunnissa, joissa raskauden keskeyttäminen on luvallista, laki yleensä sallii keskeyttämisen tietyin edellytyksin säädöksissä määriteltyyn raskauden vaiheeseen saakka. Lääkäri arvioi lain raskauden keskeyttämiselle asettamat edellytykset, ja nainen itse päättää, haluaako hän raskautensa jatkuvan vai ei.

Suomen laki raskauden keskeyttämisestä (239/1970) on Euroopan tiukimpia. Monissa maissa ei enää vaadita mitään varsinaisia syitä esitettäväksi. Syksyllä 2020 kansalaisaloite raskauden keskeyttämistä koskevan lain uudistamiseksi sai vaadittavan määrän kannatusilmoituksia ja eteni eduskuntaan. Aloitteen mukaan raskauden keskeyttämiseksi tulisi riittää raskaana olevan oma tahto ja kahden lääkärin lausunnon vaatimisesta pitäisi luopua.

Useimmiten Suomessa vedotaan lain 1 §:n 2 kohtaan ”Raskaus voidaan naisen pyynnöstä keskeyttää, kun hänen tai hänen perheensä elämänotot ja muut olosuhteet huomien ottaen lapsen synnyttäminen ja hoito olisi hänelle huomattava rasitus”. Vuonna 2018 tällä perusteella tehtiin 93 % raskaudenkeskeytyksistä. Hieman liian rajoittavasti on puhuttu ”sosiaalisista syistä”. Alaikäiseltä ei vaadita vanhempien tai huoltajan lupaa.

Suomessa laki sallii raskauden keskeyttämisen 12 ensimmäisen raskausviikon aikana ja Valviran luvalla sen jälkeenkin 20. raskausviikkoon asti. Jos raskaus keskeytetään sikiön sairauden takia, tarvitaan aina Valviran lupa. Näillä niin sanotuilla sikiöindikaatioilla on mahdollista suorittaa keskeytys vielä 24. raskausviikon loppuun mennessä, jos sikiöllä on luotettavalla tutkimuksella todettu vaikea kehityshäiriö.

Suomessa suurin osa raskaudenkeskeytyksistä tehdään ennen kahdettatoista raskausviikkoa (93 % vuonna 2018). Niin sanottuja myöhäisiä keskeytyksiä tehdään vähän, vain noin yksi prosentti tehtiin raskauden keston ollessa 20–24 raskausviikkoa. Raskaudenkeskeytysten määrä on vähentynyt. Vuonna 2018 niitä tehtiin 8602, mikä oli pienin määrä raskauden keskeyttämisestä annetun lain voimaantulon jälkeen. Nykyisin Suomessa tehdään suurin osa keskeytyksistä lääkkeellisesti, 97,4 % vuonna 2018. Etiikan tai oikeuden näkökulmasta lääkkeellinen tai kirurginen keskeytys eivät eroa toisistaan.

Jokaisen raskaudenkeskeytystä hakevan naisen tulisi saada asiallista, tukeaa antavaa neuvontaa, jossa otetaan huomioon hänen elämäntilanteensa ja -olosuhteet. Tällainen neuvonta ei syyllistä keskeytyksen hakijaa, ja se jättää ratkaisun raskauden keskeyttämisestä hakijan itsensä tehtäväksi. Ratkaisu voi olla naiselle vaikea ja sillä voi olla pitkäkestoisia vaikutuksia, minkä vuoksi naisella tulisi aina olla mahdollisuus saada keskusteluapua aborttikokemuksen työstämiseen. Merkittävät psyykkiset seuraukset ovat raskaudenkeskeytyksen jälkeen harvinaisia. Joka tapauksessa on tärkeää, että keskeytykseen päätyneitä naisia hoidetaan empaattisesti ja tarvittaessa tarjotaan mahdollisuutta psyykkiseen tukeen.

Ehkäisyneuvonta on pakollinen osa raskaudenkeskeytystoimintaa. Erityisesti on otettava huomioon pitkävaikutteiset ehkäisy menetelmät, kuten kapseli ja kierukka, jos raskauden alkamisen taustalla on ollut vaikeus toteuttaa luotettavaa ehkäisyä esimerkiksi kondomin tai ehkäisy pillereiden avulla.

Lääkärin käsitellessä ehkäisyä tai raskauden keskeyttämistä koskevia kysymyksiä asiaan vaikuttavat myös hänen omat eettiset periaatteensa. Hän saattaa nähdä ristiriitaa raskauden keskeyttämisen ja elämän kunnioittamisen periaatteen välillä. Lääkärillä on oikeus toimia vakuumuksensa mukaisesti, mutta tämä ei kuitenkaan saa vaarantaa potilaan oikeutta saada tarvitsemaansa hoitoa, ehkäisyä tai raskauden keskeytystä.

Raskaudenkeskeytys tehdään Suomessa Valviran tähän tarkoitukseen hyväksymissä keskeyttämissairaaloissa. Julkisessa terveydenhuollossa raskaudenkeskeytys kuuluu lääkärin

virkevöllisyyksiin. Lääkäriin olisi hyvä ottaa tämä huomioon erikoisalain valinnassa ja työhön hakeutuessaan. Myös perusterveydenhuollossa lääkäri voi joutua ottamaan kantaa keskeytyksiin. Lääkäriliitto on antanut omantunnonvapauden soveltamisesta suosituksen, jonka mukaan lääkärin tulee kertoa esimiehelleen ja lähimmille kollegoilleen aikomuksestaan käyttää omantunnonvapautta tietyissä toimenpiteissä. Tarvittaessa asiasta on informoitava myös muuta henkilöstöä ja potilaita, mikäli sillä on merkitystä, kenen lääkärin vastaanotolle potilas hakeutuu. Jos lääkärin vakaumus ei salli sitä, että hän osallistuu millään tavalla raskaudenkeskeytyksen järjestämiseen, asia tulee hoitaa työnjohdollisin ja kollegiaalisin keinoin. (Ks. **Professionalismi ja kollegiaalisuus**) ■

Lisätietoja:

Itu – apua yllätysraskaustilanteissa: <http://ituprojekti.net/fi/>

Kivijärvi A. Raskauden ehkäisy: aloitus, menetelmän valinta ja seuranta. Duodecim 2015; 131 (6) :547-9.

Niinimäki M, Heikinheimo O. Raskaudenkeskeytys. Kirjassa: Tapanainen J, Heikinheimo O, Mäkilallio K (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim 2019, s. 136-141.

Saloranta E, Heikinheimo O: Miten valitsen yhdistelmäehkäisyn. Suomen Lääkärilehti 2018;73:1871-74.

Suomen Lääkäriliiton suositus lääkärin omantunnonvapauden soveltamisesta opiskelussa ja työpaikoilla: https://www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/omantunnonvapauden-soveltaminen/www.valvira.fi/luvut/raskauden_keskeyttaminen

OmaTahto 2020 -kansalaisaloite: <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/7233>

Lapsettomuuden hoito

Tahaton lapsettomuus on monille sen kokeneille yksi elämän suurimmista vastoinkäymisistä. Hoitutulokset ovat useimmiten hyviä, mutta hoitojen saatavuus ja kustannukset voivat olla ongelma. Hedelmöityshoitojen avulla voidaan toteuttaa myös alkiodiagnostiikkaa ja säilyttää mahdollisuus hedelmällisyyteen syöpähoitojen jälkeen.

Suomessa hedelmöityshoitolaki sallii omien sukusolujen ohella myös luovutettujen sukusolujen ja alkiodien käytön hedelmöityshoidoissa. Hoitoja voi saada avioliitossa tai avioliiton omaisessa suhteessa elävän parin lisäksi myös itsellinen nainen tai naispari, jos käytettävissä on hoitoon suostumuksensa antaneen luovuttajan siittiöitä. Sijaissynnytys ei ole Suomessa sallittua, eikä miesparien hoito. Sallittua ei ole myöskään sukusolujen tai alkiodien käyttö sukusolujen luovuttajan kuoleman jälkeen.

Mahdollisuus lisääntymiseen on yksi inhimillisen elämän keskeisimpiä perustarpeita. Raskaaksi tuleminen ja lapsen syntymä eivät kuitenkaan ole itsestäänselvyksiä. Noin joka kuudes pari kärsii jossakin elämänsä vaiheessa tahattomasta lapsettomuudesta, eli raskaus ei ole toiveista ja yrityksistä huolimatta alkanut vuoden kuluessa. Lapsettomuus on monille heistä siihenastisen elämän suurin vastoinkäymisen kokemus ja kriisi. Varmaa epidemiologista osoitusta lapsettomuuden lisääntymisestä ei ole, mutta se näyttää yleistyneen. Yhtenä tärkeänä syynä pidetään lasten hankkimisen siirtymistä myöhemmälle iälle.

LAPSETTOMUUS JA HEDELMÖITYSHOIDOT

Lapsettomuuden hoitomenetelmät ovat kehittyneet huomattavasti ja hoitotulokset ovat parantuneet. Lähes kaikille lapsettomuudesta kärsiville pareille voidaan tarjota tehokkaita hoitomenetelmiä heidän niin halutessaan. On arvioitu, että noin 60 prosenttia lapsettomista pareista Suomessa hakeutuu lapsettomuushoitoihin. Hedelmöityshoitojen saatavuus on hyvä, tulokset ovat kansainvälisesti verraten hyvällä tasolla ja hoidot ovat varsin turvallisia. Kaikki hoitomahdollisuudet huomioiden yli 80 prosenttia hoitoon tulleista pareista saa lapsen. Vuonna 2017 Suomessa syntyneistä lapsista 4,8 prosenttia oli saanut alkunsa hedelmöityshoidoilla.

Tahattoman lapsettomuuden hoidon liittäminen hoitotakuun piiriin on lyhentänyt jonotusaikaa julkisella sektorilla tehtäviin hedelmöityshoitoihin. Koska yhteiskunnan resurssit ovat rajalliset, hoitoa ei ole velvoitettu tarjota kaikissa tapauksissa julkisin varoin. Vuodesta 2020 alkaen hoitoja on julkisella puolella mahdollista toteuttaa luovutetuilla sukusoluilla ja hoitoja voidaan tarjota myös naispareille ja itsellisille naisille. Viime vuosina julkisessa terveydenhuollossa on ollut mahdollista hoitaa myös henkilöitä, joilla on krooninen, tarttuva virusinfektio (kudoslaki edellyttää hoidon tapahtuvan erikoislaboratoriossa, joita nykyisin on käytettävissä HUS:n ja TAYS:n lisääntymislääketieteen yksiköissä). Osa lapsettomuushoidoista tehdään edelleen yksityisillä hedelmöityshoitoklinikoilla, jolloin kustannukset voivat olla ongelma.

Mahdollisia hoitovaihtoehtoja pohditaan yhdessä parin kanssa riittävien tutkimusten jälkeen. Hoidossa pyritään lapsettomuutta aiheuttavan syyn mukaiseen hoitoon. Myös tuntemattomasta syystä johtuvaan lapsettomuuteen voidaan tarjota hoitoa. Joskus lapsettomuuden syy voi selvitä vasta hoitojen myötä. Hoidon on oltava teholtaan hyväksyttävää ja turvallista niin äidin kuin sikiön kannalta. Hoitavan tahon tärkeä tehtävä on antaa potilaalle ja tämän kumppanille rehellistä ja luotettavaa tietoa hoidon toteuttamisesta, mahdollisista riskeistä, tuloksista ja kustannuksista. Lapsettomuuden hoitoon ryhtymisestä päättää viime kädessä hoitoa tarvitseva pari tai itsellinen nainen, mutta hoitopäätöksen tekee aina hoitava lääkäri.

Kaikki lapsettomuudesta kärsivät parit eivät halua lapsettomuushoitoja, mutta he saattavat kokea tärkeänä saada tietää ongelman syyn. Osalle lapsettomista pareista adoptio tai sijaisvanhemmuus on perheen perustamisen vaihtoehto kaksin elämisen sijaan. Parille on kerrottava näistä mahdollisuuksista keskusteltaessa lapsettomuuden hoitovaihtoehtoista. Adoptiolapsen odotus voi valitettavasti kestää useita vuosia. Adoptiolapsen hyvinvoinnin vuoksi pareille suositellaan lapsettomuushoitojen päättämistä siinä vaiheessa, kun päätös adoptioprosessiin lähtemisestä on tehty. Tällöin pari pystyy tekemään luopumistyötä biologisen vanhemmuuden osalta ja keskittymään adoptiovanhemmuuteen valmistautumiseen. Lapsettomuushoitoihin voidaan toki myöhemmin palata hoitojen onnistumismahdollisuudet huomioiden.

HEDELMÖITYSHOITOLAKI

Laki hedelmöityshoidoista (1237/2006) tuli voimaan 1.9.2007 yli kahden vuosikymmenen valmistelun jälkeen. Hedelmöityshoitotoiminnan harjoittaminen on luvanvaraista. Palvelujen antajilla on oltava sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) myöntämä lupa sukusolujen ja alkuioiden varastointiin ja hedelmöityshoitojen antamiseen. Toiminnassa sovelletaan myös ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä annetun lain (101/2001) säännöksiä kudoslaitoksista. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea antaa kudoslaitoksille luvan ja valvoo niitä. Yksityiset lapsettomuusklinikat tarvitsevat lisäksi toimialueensa aluehallintoviraston luvan (Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990), valtakunnalliset yksityiset toimijat voivat hakea saman luvan Valviralta.

Hedelmöityshoitolaki sallii omien sukusolujen ohella myös luovutettujen sukusolujen ja alkioiden käytön hedelmöityshoidoissa. Hedelmöityshoitoja voi saada avioliitossa tai avioliiton omaisessa suhteessa elävän parin lisäksi myös itsellinen nainen tai naispari, jos käytettävissä on hoitoon suostumuksensa antaneen luovuttajan siittiöitä. Sijaissyntyys ei ole Suomessa sallittua, eikä miesparien hoito. Sallittua ei ole myöskään sukusolujen tai alkioiden käyttö sukusolujen luovuttajan kuoleman jälkeen.

Hedelmöityshoitolaain säännökset mahdollistavat alkiodiagnostiikan käytön silloin, kun halutaan estää syntyvän lapsen oma vakava, suvussa periytyvä sairaus. Alkiodiagnostiikan käyttö lapsen sukupuolen valinnassa on mahdollista vain lääketieteellisin perustein. Alkiodiagnostiikkaa ei voi käyttää esimerkiksi lapsen sukupuolen valintaan sosiaalisin perustein eikä siinä tarkoituksessa, että syntyvä lapsi sopisi kudostyyppiltään perheenjäsenen sairauden hoitoon.

HEDELMÖITYSHOITOJEN HAASTAVIA RAJANVETOJA

Hedelmöityshoidon edellytykset määritellään laissa. Niillä pyritään turvaamaan lapsen, hoitoa saavan parin tai naisen ja perheen terveys sekä psykososiaalinen hyvinvointi. Päätöksenteon keskiössä on aina oltava syntyvän lapsen etu ja hyvinvointi. On myös selvää, ettei hoito ja mahdollinen raskaus saa vaarantaa naisen henkeä tai hänen ja syntyvän lapsen terveyttä. Yleensä tämän arvioiminen onnistuu lääketieteellisin perustein, mutta joskus rajanveto hoidon ja hoidosta pidättäytymisen välillä herättää vaikeita eettisiä kysymyksiä.

Hedelmöityshoitolaissa ei ole määritelty yläikärajaa lapsettomuuden hoidoille. Omia sukusoluja käyttämällä hoitotulokset heikkenevät lähes olemattomiksi hyvin nopeasti sen jälkeen, kun nainen on täyttänyt 43 vuotta. Miehen ikä ei vaikuta hoitotuloksiin yhtä selvästi. Luovutettuja munasoluja käyttäen nainen voi tulla raskaaksi ja synnyttää myös menopausin jälkeen, mutta raskauteen ja synnytykseen liittyvät riskit kasvavat merkittävästi. Vanhempien korkea ikä ei ole merkityksellinen asia, kun ottaa huomioon lapsen tarpeet kasvuiässä. Suomessa hoitoa ei suositella keskimääräisen luonnollisen menopausi-ikä ohittaneille naisille. Lapsettomuuden hoidon edellytykset julkisessa erikoissairaanhoidossa määritellään kiiirettömän hoidon perusteissa. Päätökset tehdään hoidon vaikuttavuuden, turvallisuuden ja käytettävissä olevien resurssien perusteella. Esimerkiksi koeputkihedelmöityksen edellytyksenä julkisessa terveydenhuollossa on, että hoidon onnistumisen todennäköisyys on vähintään kymmenen prosenttia yhtä hoitokertaa kohti. Hoitotulokset omilla munasoluilla huonevat merkittävästi, kun naisen ikä ylittää 40 vuotta.

Vaikeasti vammaisten tai parantumattomasti sairaiden henkilöiden hoito tuo mukanaan omat erityiset haasteensa. Kuka arvioi, millainen riski voidaan hyväksyä kenellekin ja milloin potilaan terveydentila on hoidon toteuttamisen este? Miten hoitoon tulisi suhtautua, jos lapsella on suuri riski periytyvään, vaikeaan sairauteen, mutta vanhemmat eivät itse pidä tätä riskiä lapsettomuuden hoidon esteenä? Vanhemmuuteen kuuluu myös fyysinen lapsesta huolehtiminen, ja ainakin toisella vanhemmista pitäisi olla hyvä eliniän ennuste. Hedelmöityshoitoa ei saa antaa, jos on aihetta epäillä, ettei lapsella ole mahdollisuutta turvalliseen kasvuympäristöön ja tasapainoiseen kehitykseen. Tämä lain kohta on herättänyt keskustelua lapsettomuutta hoitavien tahojen keskuudessa ja synnyttänyt tarpeen pohtia valtakunnallisen eettisen toimikunnan perustamista yksittäisen lääkärin päätöksenteon tueksi. Syntymättömän oikeuksia koskeva Suomen Lääkäriliiton ohje painottaa jokaisen lapsen oikeutta syntyä toivottuna sosiaalisesti turvalliseen ympäristöön. Ohje edellyttää lääkärin suhtautuvan kunnioittavasti kaikkeen elämään, myös ihmisalkioon, ja edistävän syntymättömän mahdol-

lisuuksia tasapainoiseen kehitykseen perhesuunnittelusta synnytykseen. (Ks. [Syntymättömän ihmisarvo ja oikeudet](#))

On tärkeää, että hedelmöityshoitoja tarjoavat palvelujen antajat järjestävät riittävät ammattilliset neuvonta- ja tukipalvelut hoitoihin valmistautuville pareille. Vanhemmuuden arviointi ennen lapsen syntymää on kuitenkin hyvin vaikeaa. Viime kädessä hedelmöityshoidon antamisesta päättää aina hoitava lääkäri. Parhaimmillaan hoidosta luopuminen on hoidettavan parin tai itsellisen naisen ja lääkärin yhteinen päätös. Kielteisen hoitopäätöksen hyväksyminen on usein vaikeaa. Hoidon toivossa pari tai itsellinen nainen saattaa kiertää eri klinikoita ja ongelman ydin jää käsittelemättä, mikä estää muun tyydyttävän elämän jatkamisen. On tärkeää huomata, että ihmisen perusoikeus lisääntymiseen ja perheen perustamiseen (Yhdistyneet Kansakunnat, Ihmisoikeuksien julistus, 16. artikla) ei tarkoita subjektiivista oikeutta lapsettomuuden hoitoon. Hoitoja tehtäessä on huomioitava myös hoitojen kustannukset erityisesti silloin, kun hoitoja tarjotaan yhteiskunnan varoin.

LUOVUTETTUJEN SUKUSOLUJEN KÄYTTÖ JA HEDELMÄLLISYYDEN SÄILYTTÄMINEN

Luovutettuja sukusoluja tai alkioita käytettäessä joko toisen tai kummankin vanhemman geneettinen yhteys lapseen puuttuu. Tämä voi tehdä tilanteesta perheen kannalta erilaisen kuin omia sukusoluja käytettäessä. Erityistä harkintaa tarvitaan, jos luovuttaja on parin lähisukulainen ja on väistämättä läsnä syntyvän lapsen elämässä. Harkinnassa on otettava huomioon syntyvän lapsen oikeus saada tietää biologinen alkuperänsä, luovutuksen tosiasiallinen vapaaehtoisuus sekä verisukulaiselta saatavan luovutuksen mahdolliset vaikutukset lapsen geeniperimään ja identiteettiin. Sukulaisuusluovutus ei ole hyväksyttävää silloin, kun se aiheuttaa syntyvälle lapselle biologisia riskejä tai lapsen muulle kehitykselle merkittävää haittaa. Esimerkiksi sisaren ja veljen tai lapsen ja vanhemman välistä luovutusta ei näillä perusteilla voida pitää hyväksyttävänä.

Hoidoissa saa käyttää vain sellaisia sukusoluja ja alkioita, joiden luovuttajat on rekisteröity Valviran ylläpitämään luovutusrekisteriin. Luovuttajalle pitää selvittää sukusolujen luovutukseen liittyvät lääketieteelliset ja oikeudelliset seikat. Sukusolujen luovuttajalla ei ole oikeuksia eikä velvollisuuksia lapseen nähden. Luovuttaja ei saa tietää, kenelle sukusoluja on käytetty, eikä syntyneiden lasten vanhemmilla ole oikeutta saada luovuttajan henkilötietoja. Luovuttajalla on kuitenkin halutessaan oikeus tietää, onko hänen sukusoluillaan tehdyistä hoidoista syntynyt lapsia. Saman luovuttajan sukusoluilla voi saada aikaan lapsia enintään viidelle hoidolle saaneelle, ja hoidot on toteutettava viidentoista vuoden kuluessa luovutuksen vastaanottamisesta. Suostuessaan luovuttamaan siittiöitään yksin lasta toivovan naisen hoitoon luovuttaja voi antaa suostumuksen myös siihen, että hänet voidaan vahvistaa hoidon tuloksena syntyneen lapsen isäksi. Luovutetusta sukusolusta tai alkiosta syntyneellä henkilöllä on oikeus 18 vuotta täytettyään saada tietää biologinen alkuperänsä. Käytännössä edellytyksenä on, että vanhemmat kertovat lapselle, miten hän on saanut alkunsa. Nykyään vanhempia kannustetaan avoimuuteen. Geenitekniologian keinojen ja mahdollisuuksien laajentuessa on vaikeaa pitää lapsen geneettinen alkuperä salassa.

Luovutetuista sukusoluista on ollut pulaa, ja hoitoihin on joutunut jonottamaan. Lain-säädäntö kieltää sukusolujen luovuttamisen palkkiota vastaan, mutta kohtuullisen kulukorvauksen maksaminen sallitaan. Luovutetuista sukusoluista syntyneitä alkioita ei saa lahjoittaa edelleen, ja käyttämättä jääneet alkiot täytyy lain mukaan hävittää. Siittiöiden säilyminen

pakastamalla spermapankkiin on ollut rutiinia jo pitkään. Alkioiden pakastukseen verrattuna munasolujen pakastusmenetelmät ovat vasta viime vuosina mahdollistaneet hyvät hoitotulokset munasolupankkiin talletetuilla munasoluilla. Munasolupankkia hyödyntämällä voidaan hedelmöittää sopiva määrä munasoluja hoitoa kohden ja välttää tilanne, jossa syntyisi paljon ylimääräisiä alkioita.

Aiemmin hedelmällisyyden säilyttäminen esimerkiksi syöpäpotilailla oli mahdollista vain siittiöitä tai alkioita pakastamalla. Tämä onnistui vain murrosiän ohittaneille miehille ja miehen kanssa parisuhteessa eläville naisille. Teknologian kehitys on mahdollistanut myös munasolujen tai munasarja- ja kiveskudoksen pakastuksen. Munasarja- tai kiveskudosta pakastamalla voidaan hedelmällisyyttä säilyttää myös lapsipotilailla iästä riippumatta. On myös mahdollista pidentää naisen hedelmällistä ikää munasoluja pakastamalla. Ilman lääketieteellistä syytä hedelmällisyyden säilyttäminen sukusoluja pakastamalla on mahdollista vain yksityissektorilla. Rajanveto lääketieteellisen hedelmättömyyden ja sosiaalisista syistä johtuvan lapsettomuuden välillä ei aina ole helppoa. Oma eettinen haasteensa voi olla lapsettomuuden hoito sukupuolenkorjauksen jälkeen. Omia sukusoluja voi säilöä ennen sukupuolen korjaamiseen tähtääviä hoitoja ja käyttää niitä myöhemmin lapsettomuuden hoidoissa. Eettiseltä kannalta on vaikea nähdä omien sukusolujen säilyttämistä ongelmana, jos sen vaihtoehtona kuitenkin hyväksytään luovutettujen sukusolujen käyttö. Kohdun puuttumisesta johtuvan lapsettomuuden hoitamiseksi tulevaisuudessa on Suomessakin pohdittu kohdunsiirtojen mahdollisuutta.

ULKOMAILLA TEHTÄVÄT HOIDOT

Hedelmöityshoitoja koskeva lainsäädäntö ja lapsettomuuden hoitokäytännöt poikkeavat toisistaan eri maissa. Hoitojen markkinointi internetin ja sosiaalisen median välityksellä lisää parien hakeutumista hoitoon sellaisiin maihin, joissa he voivat saada haluamansa, omassa kotimaassaan laissa kielletyn hoidon (esimerkiksi sijaissynty, sukusolujen valikointi ilman lääketieteellistä syytä tai sukusolujen ostaminen itse valitulta luovuttajalta). Joskus ulkomaille hakeudutaan siksi, että hoidosta on kotimaassa muusta syystä kieltäydytty (esimerkiksi naisen korkean iän tai muiden terveystieteiden vuoksi).

Eettistä pohdintaa aiheuttaa myös kysymys, voiko lääkäri kertoa hoitomahdollisuuksista ulkomailla tai osallistua muussa maassa toteutettavan hoidon esivalmisteluihin, jos kyseisestä hoitomuodosta on omassa maassa kieltäydytty. Lainsäätäjä on ottanut kielteisen kannan sellaisiin ulkomaisiin hoitoihin osallistumiseen, jotka ovat kotimaan lainsäädännön mukaan kiellettyjä. Eettiseltä kannalta on yksiselitteistä, että kyseisten hoitojen mahdolliset komplikaatiot ja niiden seurauksena alkaneet raskaudet hoidetaan kuitenkin asianmukaisesti potilasta syyllistämättä. ■

Lisätietoja:

Sosiaali- ja terveysministeriö: Kiireettömän hoidon perusteet 2019.

Tervonen-Arnkil K, Sinkkonen J. Lapsen adoptio. Lääkärin käsikirja 3.7.2018

THL tilastot 2017-2018:

<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/hedelmoytyshoidot>

Tiitinen A. Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja. 13.9.2018.

Tulppala M. Lapsettomuus ja parisuhde. Suomen Lääkärehti 2012;67:2081–86.

Unkila-Kallio L, Ranta V. Raskaus ei ole alkanut – milloin parille lähete lapsettomuustutkimuksiin? Suomen Lääkärehti 2012;67:2059–64.

Perinnöllisyysneuvonta

Perinnöllisyysneuvonnassa pyritään antamaan perinnöllisten sairauksien riskistä ja sikiödiagnostiikan mahdollisuuksista puolueetonta tietoa, jonka perusteella perhe tekee ratkaisunsa oman harkintansa ja arvojensa mukaan.

Lääkäri toimii neutraalina asiantuntijana ottamatta kantaa, kun potilas tai perhe tekee päätöksiä esimerkiksi perhesuunnittelusta, kantajatutkimuksista tai ennakoivista geenitutkimuksista.

Perinnöllisyysneuvonnan tarkoitus on vastata niiden ihmisten tarpeisiin, joiden ongelmana on perinnöllinen, yleensä harvinainen sairaus tai sellaisen uhka. Erityisesti pyritään antamaan tietoa siitä, onko heillä itsellään riski joko sairastua tai saada sairas lapsi. Tämän tiedon saaminen vaatii yleensä kyseessä olevan taudin tarkan etiologisen diagnoosin selvittämistä.

Aina ei ole helppoa ratkaista, milloin hoitavan lääkärin omat tiedot ja mahdollisuudet vastata perinnöllisyyskysymyksiin riittävät. Tavallinen syy ohjata potilas tai perhe perinnöllisyyslääkärin vastaanotolle on tilanne, jossa tarvitaan apua harvinaisen taudin tai synnyntäisen kehityshäiriön diagnostiikassa. Potilaan, perheen tai suvun jäsenten asianmukainen perinnöllisyysneuvonta ei yleensä onnistu tavanomaisessa potilastyössä silloinkaan, kun tauti ja sen periytyvyys jo tunnetaan. Neuvonta vaatii runsaasti aikaa. Se on vuoropuhelua, jonka kuluessa neuvojalle selviävät kysyjälle tärkeät läpikäytävät asiat ja mahdolliset oikaistavat väärinkäsitykset.

Tavallinen perinnöllisyysneuvonnan lähtökohta on, että perheessä tai kysyjällä itsellään on jo perinnölliseksi epäilty, usein diagnoosiltaan epävarma tauti. Neuvonnan tehtävänä on tarkan etiologisen diagnoosin määrittäminen, taudin periytymistavan ja uusiutumisriskin selvittäminen ja havainnollistaminen. Lisäksi on tärkeää puntaroida tilanne yhdessä kysyjien kanssa, selvittää sikiö- tai alkiodiagnostiikan mahdollisuudet ja suunnitella ja koordinoida potilaan sekä hänen perheensä hoito ja tuki pitkällä aikavälillä. Harvinaisten tautien diagnostiikka on vaikeaa ja saattaa edellyttää erityisiä tietolähteitä sekä geneettistä asiantuntemusta, minkä vuoksi tämän erikoispalvelun keskittäminen on tarpeen.

Neuvonnassa pyritään antamaan ajanmukaista, puolueetonta tietoa ja havainnollistamaan tosiasioita, joiden perusteella perhe tekee ratkaisunsa oman harkintansa ja etiikkansa mukaan. Diagnostiikka joudutaan usein perustamaan geenilöydöksiin, joiden merkityksestä ei ole varmaa tietoa. Tämä pitää kertoa avoimesti. Lääkärin tulee olla neutraali asiantuntija, joka ei ota kantaa, kun potilas tai perhe tekee päätöksiä esimerkiksi perhesuunnittelun, kantajatutkimuksien tai ennakoivien geenitutkimuksien suhteen. Sairauskertomukseen kirjataan neuvonnan kulku, mistä ja mitä on puhuttu. Kirjallinen yhteenvedo on potilaalle tärkeä muistin tuki. Siitä on myös hyötyä potilaan asioidessa muualla terveydenhuollossa, missä harvinaisista sairauksista ei aina löydy nopeasti tietoa.

SUKULAISTEN INFORMOINTI

Perinnöllisyysneuvontaa varten saatetaan joutua hankkimaan tietoja lähisukulaisten sairauksista. Vaikka tähän tietoon on asianomaisen lupa, ei lääkäri saa paljastaa neuvonnan pyytäjälle eri lähteistä saamiaan sairaustietoja. Hän voi ainoastaan ilmoittaa niistä tekemänsä päätelmät.

Toisinaan potilaan taudin periytymistavan selvittämiseksi on tarpeen tutkia myös hänen sukulaisiansa. Joskus näilläkin voi olla suurentunut riski saada kyseinen tauti. Yhteydenotto sukulaisiin edellyttää neuvonnan pyytäjän suostumusta, ja sukulaisten tulee saada yhteydenoton syystä perusteellinen informaatio.

Potilastapaus

Suvussa tehtiin vaikeaa kehitysvammaoireyhtymää aiheuttavan translokaation mahdollisten kantajien kromosomitutkimuksia. Potilaan äidin täti ei kuitenkaan halunnut välittää tietoa tutkimusten tarpeellisuudesta eteenpäin. Potilaalla itsellään ei ollut yhteyttä pikkuserkkuihinsa, joiden lastenhankinnasta hän oli kuitenkin huolissaan. Jonkin ajan kuluttua hän sai selville yhden pikkuserkun nimen ja mielestään paikansikin tämän. Koska asia olisi ollut hankala selittää täysin vieraalle miehelle, potilas pyysi lääkäriään ottamaan yhteyttä kyseiseen henkilöön. Miten tulisi menetellä? Jättääkö asia sukulaisten huoleksi, vai ottaako yhteyttä mieheen senkin uhalla, että kyseessä on väärä henkilö?

Hankalimpia tilanteita ovat ehkä ne, joissa neuvonnan pyytäjän sukulaiset ovat tietämättään riskitilanteissa eikä neuvottava kykene tai halua välittää tietoa sukulaisilleen. (Ks. **Geenitestit**) Esimerkkinä tilanteesta, jossa tutkimusten ja neuvonnan aktiivista tarjoamista sukulaisille voi pitää eettisesti perusteltuna, on vallitsevasti periytyvä syöpäalttius. Sairastumisriskin tiedostaminen voi johtaa taudin varhaisempaan toteamiseen ja ennusteen paranemiseen. Useimmiten neuvottavat päätyvät itse kertomaan riskitilanteesta sukulaisilleen perusteellisen perinnöllisyysneuvontakeskustelun jälkeen.

Vaikka oikeutta tietosuojaan tulee kunnioittaa, sukulaisten oikeutta tietää esimerkiksi henkeään uhkaavasta sairaudesta voidaan perustellusti pitää hyvin tärkeänä. Maailman lääkäriliiton WMA:n Lissabonin julistuksen mukaan potilaan oikeus olla tietämättä ei päde sellaisissa tilanteissa, joissa tiedosta kieltäytyminen uhkaa toisen ihmisen henkeä. (Ks. **Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset**) Joissain maissa sukulaisia on mahdollista informoida esimerkiksi syöpärekisterin kautta tai yleinen käytäntö on kertoa tilanteesta sukulaisten omalääkärille. Suomessa näin ei toimita, vaan sukulaisten informoinnissa on tapana edetä potilaan toiveiden mukaan ja hänen tietosuojansa kunnioittaen. ■

Lisätietoja:

Proposed international guidelines on ethical issues in medical genetics and genetic services. WHO 1998. WHO/HGN/GL/ETH/98.1.

Wertz D, Fletcher J ym. Review of ethical issues in medical genetics: report of consultants to WHO 2003. WHO/HGN/ETH/00.4.

Kääriäinen, H. Miten lääkäri kertoo potilaalleen geenitutkimuksesta? Suomen Lääkärilehti 2011;66:43–7.

Provision of Genetic Services in Europe – Current Practices and Issues. Recommendations of the European Society of Human Genetics.

Väestöliiton perinnöllisyysklinikka. www.vaestoliitto.fi/perinnollisyys

Alkio- ja sikiödiagnostiikka

Alkio- ja sikiödiagnostiikan tarkoituksena on auttaa perhettä saamaan terve lapsi silloin, kun perheessä tiedetään olevan tietyn perinnöllisen sairauden riski.

Tutkimukset synnynnäisen kehityshäiriön toteamiseksi tehdään niin varhaisessa vaiheessa raskautta, että raskauden keskeytys on vielä mahdollinen, jos vanhemmat niin haluavat. Tutkimusten tulee olla vapaaehtoisia, ja vanhempien on saatava niistä riittävästi tietoa jo ennen tutkimuksia ja niiden kaikissa vaiheissa.

ALKIODIAGNOSTIIKKA

Alkiodiagnostiikalla tarkoitetaan hedelmöityshoidolla aikaansaadun varhaisalkion tutkimista sen selvittämiseksi, onko alkioilla joku vakava periytyvä sairaus. Päämääränä on siirtää kohtuun tutkittavan ominaisuuden suhteen terveitä alkioita. Alkiodiagnostiikan käytöstä säädetään hedelmöityshoitolaissa (1237/2006). Siinä todetaan, että hedelmöityshoidon tuloksena syntyvän lapsen ominaisuuksiin vaikuttaminen on sallittu valikoitaessa tutkitun vakavan sairauden kannalta terveiksi todettuja alkioita. Lapsen sukupuolen määrytymiseen saadaan alkiodiagnostiikan avulla vaikuttaa käytettäessä parin omia sukusoluja, jos näistä syntyvällä toista sukupuolta olevalla lapsella olisi huomattava vaara saada vakava sairaus.

Alkiodiagnostiikkaa voidaan käyttää sekä ennalta tunnistetuissa riskitilanteissa yhden geenin sairauksissa ja kromosomien rakennepoikkeavuuksissa että seulontana kromosomipoikkeavuuksien toteamiseksi. Jos perheessä on riski, että lapsi syntyy tunnetun perinnöllisen sairauden vuoksi sairaana, vanhemmat voivat haluta alkiodiagnostiikkaa, jotta he voivat välttää raskauden keskeytyksen. Tällöin he joutuvat turvautumaan hedelmöityshoittoon, vaikka raskaaksi tuleminen ilman sitäkin olisi mahdollista.

Alkiodiagnostiikan avulla voidaan melko suurella todennäköisyydellä saada syntymään tutkitun tekijän suhteen terve lapsi. Hoito on pariskunnalle raskasta ja hoitavalle yksikölle vaativaa. Toisaalta alkiodiagnostiikkaa pidetään usein eettisesti parempana vaihtoehtona kuin raskauden keskeytystä. Jos raskauden keskeytys ei ole pariskunnalle elämänkatsomuksellisista syistä mahdollinen ja käytetään parin omia sukusoluja, on alkiodiagnostiikan käyttö ainoa tapa välttää perinnöllisen sairauden uusiutuminen perheessä.

Kun alkiodiagnostiikkaa käytetään seulontana, sen avulla voidaan tunnistaa suuri osa epätasapainoisista kromosomipoikkeavuuksista ja siirtää kohtuun vain niiden suhteen terveitä alkioita. Tällaista seulontaa käytetään hedelmöityshoitosten yhteydessä, erityisesti hoidettaessa yli 35-vuotiaita lapsettomia naisia. Tavoite on koeputkihedelmöityshoitosten tulosten parantaminen.

Toisin kuin monissa muissa maissa, Suomessa hedelmöityshoitolaki sallii alkiodiagnostiikan käytön ja alkioiden valinnan vakavissa sairauksissa, mutta ei tarkemmin määrittele sitä, millainen olisi vakava sairaus. Eri ihmiset voivat kuitenkin kokea vakaviksi sairauksiksi monenlaisia tiloja. Kliinisessä tilanteessa saattaa syntyä erilaisia tulkintoja, kenelle hoitoa tulisi tarjota. Tämä johtaa potilaiden eriarvoisuuteen hoitoon pääsyssä.

Alkiodiagnostiikkaa kohtaan on esitetty huolia siitä, että menetelmää käytettäisiin lieviin sairauksiin tai tulevan lapsen ominaisuuksien seulomiseen. Tällaista menettelyä ei nykyinen lainsäädäntö salli, eikä monien ominaisuuksien valinta ole geneettisen tiedon perusteella vielä mahdollista. Geneettiset menetelmät ovat kehittyneet siten, että alkioiden laaja-alainen

geneettinen seulonta voisi olla pian teknisesti toteutettavissa. Tiedon lisääntyessä ja tekniikoiden kehittyessä on entistä tärkeämpää pohtia, millä tavoin tällaisia mahdollisuuksia halutaan käyttää.

SIKIÖDIAGNOSTIIKKA

Sikiödiagnostiikka tarkoittaa sikiön tutkimista perinnöllisten sairauksien ja synnynnäisten kehityshäiriöiden toteamiseksi. Yleensä tutkimukset tehdään niin varhaisessa vaiheessa raskautta, että raskauden keskeytys on vielä mahdollinen, jos vanhemmat sitä haluavat. Raskauden keskeytys on sikiötutkimusten yhteydessä ”hyväksytty hoito ja/tai ehkäisy”, jonka mahdollisuutta WHO:n suositukset kaikilta seulonnoilta edellyttävät. (Ks. [Seulontatutkimukset terveydenhuollossa](#)) Sikiötutkimusten tulisi olla tasavertaisesti kaikkien saatavilla riippumatta perheen asenteesta raskauden keskeytykseen. Tutkimusten tulee olla vapaaehtoisia, ja vanhempien on saatava niistä riittävästi tietoa jo ennen tutkimuksia ja niiden kaikissa vaiheissa, jotta oma päätöksenteko on mahdollista.

Sikiödiagnostiikassa on erilaisia lähtötilanteita:

- Osassa perheitä kehityshäiriön riski on ennalta tiedossa esimerkiksi perheen aikaisemman lapsen perinnöllisen sairauden tai vanhemman kantajuuden perusteella. Tällöin sikiötutkimuksia tehdään vanhempien sitä halutessa tämän nimenomaisen kehityshäiriön toteamiseksi tai poissulkemiseksi. Aloite on useimmiten vanhemmilla.
- Terveydenhuolto tarjoaa joitakin seulontatutkimuksia kaikille raskaana oleville.

Julkisen terveydenhuollon tarjoamat seulonnat voidaan tulkita kannanotoksi seulontojen puolesta, mikä voi hämärtää tutkimusten vapaaehtoisuutta. Suomessa tarjotaan seulonnoista annetun asetuksen (339/2011) mukaisesti kaksi raskauden ultraäänitutkimusta kaikille raskaana oleville. Ensimmäiseen tutkimukseen liitetään kromosomipoikkeavuuksien seulonta, joka tehdään varhaisraskauden yhdistelmäseulonnan avulla tai vaihtoehtoisesti toisen raskauskolmanneksen seuramiselonnan avulla.

Sikiöseulontaa tarjottaessa perheissä ei yleensä ole aiempaa henkilökohtaista kokemusta lapsen vammaisuudesta eikä sen mahdollisuuteen ole varauduttu. Usein jo kromosomipoikkeavuuksien seulonnan ensivaiheeseen liittyvä tieto suurentuneesta riskistä aiheuttaa huolta ja pelkoa lapsen vammaisuudesta. Jatkotutkimuksena perhe voi valita joko äidin verestä tehtävän yleisimpien kromosomisairauksien seulonnan NIPT (non-invasive prenatal test) tai invasiivisen istukka- tai lapsivesitutkimuksen tai olla tekemättä tutkimuksia lainkaan. Huoli voi jatkotutkimuksissa osoittautua aiheettomaksi, sillä niiden tulos on useimmiten normaali. Tietoa pitää kuitenkin odottaa, ja lopulta vain osa odottajista saa poikkeavan tuloksen ja siten hyötyy seulontatutkimuksesta. Oleellista seulontaohjelmia suunniteltaessa on, että perheiden neuvontaan varataan riittävät resurssit.

Tärkeimmät sikiödiagnostiset tutkimusmenetelmät ovat ultraäänitutkimus, istukkanäyte- ja lapsivesitutkimus sekä yhä enenevässä määrin non-invasiivinen sikiötutkimus äidin verinäytteestä. Jos tutkimuksissa todetaan sikiön kehityshäiriö, vanhemmille on tarjottava perinnöllisyysneuvonnassa riittävästi tietoa todetun poikkeavuuden merkityksestä lapsen elämässä. Näin he voivat valmistautua sairaan lapsen syntymiseen tai hakea luvan raskauden keskeyt-

tämiseen, jos niin päättävät. Sairaaksi todettua sikiötä voidaan joskus myös hoitaa jo ennen syntymää.

PÄÄTÖSVALTA PERHEELLÄ

Sikiödiagnostiikan eettinen keskustelu liittyy useimmiten raskauden keskeytykseen. Raskauden keskeytyksestä annetun nykyisen lain (239/1970) mukaan raskauden keskeytys sikiön epäillyn sairauden tai ruumiinvian perusteella on mahdollista sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontaviraston (Valvira) luvalla 20. raskausviikon loppuun ja luotettavalla tutkimuksella todetun sikiön vaikean sairauden tai ruumiinvian vuoksi vielä 21.–24. raskausviikolla. Sikiötutkimuksissa todetaan enimmäkseen vaikeita ja usein kehitysvammaisuutta aiheuttavia häiriöitä. Vanhemmilla, erimielisyystilanteissa äidillä, on oikeus ratkaista, haetaanko raskauden keskeytystä vai jatketaanko raskautta. (Ks. Raskauden ehkäisy ja keskeyttäminen) Sikiöperusteisessa raskaudenkeskeytyksessä ei ole yksityiskohtaisesti määriteltä, missä sairauksissa raskaudenkeskeytys voidaan tehdä, kuten ei alkiodiagnostiikassakaan. Vakavan sairauden tulkinta jää siten pariskunnalle, hoitavalle lääkärille ja viime kädessä Valvirassa asiasta päättävälle moniammatilliselle lautakunnalle.

Lääkärin tehtävänä on arvioida kehityshäiriön todennäköisyys epäselvässä tilanteessa, selvittää sikiötutkimusten mahdollisuudet ja rajoitukset, kertoa tutkimustulosten merkitys sekä arvioida tilanne yhdessä perheen kanssa. Neuvonnan tarve on erityisen suuri, kun sikiötutkimusten paljastaman kehityshäiriön vaikeusaste ja muut ilmenemismuodot ovat epäselviä. Todetut sairaudet ovat pariskunnille yleensä tuntemattomia, minkä vuoksi koko elämänsä ajan kattavan neuvonnan antaminen on haasteellista. Lääkäri on puolueeton asiantuntija, joka auttaa vanhempia löytämään omat itsenäiset ratkaisunsa tutkimuksista ja jatkotoimenpiteistä heidän omien arvojensa ja elämäntilanteensa mukaan. (Ks. Perinnöllisyysneuvonta)

Keskustelunherättäjä

Alkiodiagnostiikka ja ihmisarvo?

Suomessa laki ei salli sellaista alkioiden valintaa, jonka avulla perheeseen voitaisiin saada kaksi kudosantigeeniyypiltään samankaltaista lasta. Tällainen tarve syntyy silloin, kun perheessä on jo sairas lapsi, jonka hoitoon tarvittaisiin kudostyypiltään samankaltaisia kantasoluja. Alkiodiagnostiikkaa käytetään useissa maissa tähän tarkoitukseen. Kantasolujen luovutuksesta ei ole haittaa syntyvälle lapselle, mutta vastustajat pitävät alkioiden valintaa syntyvän lapsen ihmisarvoa alentavana ja esineellistävänä. Kannattajat arvioivat hoidon pikemminkin lisäävän syntyvän lapsen arvoa, sillä jokaiselle ihmiselle kuuluvan ihmisarvon lisäksi hän saattaisi voida pelastaa vanhemman sisaruksensa. Perheet, jotka ovat tällaisessa tilanteessa, haluaisivat tätä hoitoa myös Suomessa. ■

Lisätietoja:

Clarke A, Wallgren-Pettersson C. Etiikka ja sairauksien geneettiset aspektit, s. 411-432 kirjassa Lääketieteellinen genetiikka, Aittomäki K, Moilanen J, Perola M. (toim.), Kustannus Oy Duodecim, 2016.

Dondorp et al. Non-invasive prenatal screening for aneuploidy and beyond: challenges of responsible innovation in prenatal screening. Eur J Hum Genet 2015; 23 (11):1438-1450.

Proposed international guidelines on ethical issues in medical genetics and genetic services. WHO 1998 WHO/HGN/GL/ETH/98.1.

Houtsonen A. Alkiodiagnostiikan terapeuttinen käyttö pitäisi määritellä. Suomen Lääkärehti 2013;44:2826-7. Hydén-Granskog C, Anttonen AK, Tiitinen A. Alkiodiagnostiikan nykytilanne. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2018; 134 (22): 2189-2196.

Louhiala P, (toim.). Puolesta ja vastaan: Sikiöseulonnat ja asenteemme vammaisia kohtaan. Kirjoittajina Vehmas S, Heinonen S, Mäki O ja Könkkölä K. Suomen Lääkärehti 2004;59:809–13.

Saarela T. Kenet kuuluu lähettää perinnöllisyysneuvontaan? Suomen Lääkärehti 2019;74:887-9.

Perimän tutkiminen ja siihen vaikuttaminen

Geenitutkimus on pitkälti rinnastettavissa perustutkimukseen, eikä siihen liity erityisiä eettisiä ongelmia. Eettiset kysymykset liittyvät siihen, miten tutkimustuloksia sovelletaan.

Somaattinen geenihoito on eettisesti ajatellen mahdollista, mutta iturataan kohdistuva geenihoito on ainakin toistaiseksi kiellettyä mahdollisten kauaskantoisten riskiensä takia.

Genetiikan mahdollisuuksien lisääntyessä on huolehdittava siitä, että ihmisillä on myös mahdollisuus olla tietämättä terveysriskeistään ja ettei perinnöllisyyttä koskevia tietoja käytetä syrjinnän välineinä.

Molekyyliogenetiikan kehitys on antanut uusia, tehokkaita työkaluja ihmisen perimän tutkimiseen ja yhdessä hedelmöityshoitojen kehittymisen kanssa myös perimään vaikuttamiseen. Tämä on synnyttänyt laajaa keskustelua ja huolta ihmisen perimään puuttumisen biologisista riskeistä ja eettisistä ulottuvuuksista. Huoli on oikeutettua, joskin osa siitä perustuu väärinkäsityksiin.

Useat genetiikan eettisinä erityisongelmina pidetyt kysymykset koskevat myös lääketieteen ulkopuolisia elämänalueita. Kasvien ja kotieläinten perinnöllisiin ominaisuuksiin on pyritty vaikuttamaan jo kauan ennen nykyaikaisen genetiikan syntyä. Genetiikkaan liitetään toisinaan myös mystisiä tai uskonnollisia, luonnon tai jumalan säätämään järjestyksen puuttumisesta seuraavia uhkakuvia. Niitä on myös biologiaan perustuen, sillä on vaikea ennakoida geenimuutosten vaikutuksia ekosysteemeihin erityisesti muutosten periytyessä ja risteytyessä. Uhkakuvien vaikutus näkyy esimerkiksi geenimuunneltujen kasvien herättäminä voimakaina tunteina ja vastustuksena.

Geenitutkimuksen tavoitteet ovat pääosin perustutkimuksellisia. Tavoitteena on löytää geneejiä ja niiden toimintaan ja säätelyyn vaikuttavia tekijöitä. Tieto karttuu, ja moni harvinaisen perinnöllinen tauti voidaan nykyisin diagnosoida geenitutkimuksin. Saamme myös lisää tietoa tavallisten kansantautien taustalla olevista geneettisistä alttiuksista. Lisäksi kehitys tarjoaa tietoa tautien patogeneesistä ja luo siten mahdollisuuksia lääkehoidon kehittelylle.

Tautigenien tunnistaminen tai tautien patogeneesin uusi ymmärtäminen ei ole epäeettistä. Geenitutkimuksen hyvä ja paha astuvat kuvaan yleensä vasta sovellutusten myötä: mitä tutkimuksen tuloksista käytetään hyväksi ja miten. (Ks. **Geenitestit**)

Esimerkkejä genetiikkaan liittyvän tiedon eettisiä kysymyksiä herättävistä käyttömahdollisuuksista:

- Yksilöiden ja sukulaissuhteiden tarkka identifiointi.
- Mahdollisuus ennustaa sairastumisriskiä pitkälle tulevaisuuteen ja tähän liittyvä ulkopuolisten tahojen kiinnostus.
- Mahdollisuus saada tämä tieto erittäin pienestä kudoksenäytteestä helposti, jopa ihmisen itsensä huomaamatta.

Genetiikan mahdollisuuksien lisääntyessä on huolehdittava siitä, ettei tietoa käytetä väärin. Vaarana on, että sairastumisriskiä käytetään perusteettomaan syrjintään tai että mahdollisuudet karsia sairauksia ennakolta esimerkiksi sikiön geenitutkimusten avulla lisäävät sairaiden ja vammaisten syrjintää ylipäätään.

GENEETTINEN KOSKEMATTOMUUS

Lisääntyvän geenitiedouden ajateltavissa olevista sovelluksista monet sivuavat ihmisen geneettistä koskemattomuutta. Sovellusten avulla voidaan todeta periytyviä sairauksia normaaliin diagnostiseen tapaan, mutta myös jo ennen sairauksien ilmenemistä. Tähän liittyy monitahtoisia ja vaikeita eettisiä ongelmia.

Voidaan myös etsiä peitetyvästi periytyvien tautien geenien kantajia joko potilaiden sukulaisista tai väestöä seulomalla. (Ks. [Seulontatutkimukset terveydenhuollossa](#)) Tällaisten tutkimusten järjestäminen edellyttää paljon harkintaa ja perusteellista informointia, jotta terveet ihmiset eivät kokisi leimautuvansa sairaiksi tai poikkeaviksi. Päämääränä on sekin, että sairastumisriskiä tavallisiin sairauksiin, kuten sepelvaltimotautiin tai diabetekseen, pystyttäisiin arvioimaan määrittämällä genomilajuisin testein jopa miljoonia suojaavia ja altistavia geenivariantteja.

Lähimpänä toteutumismahdollisuuksia saattavat olla erilaiset genomitietoon pohjautuvat toimenpiteet, kuten sepelvaltimotaudin alttiuden torjuminen lapsesta saakka aloitetulla ruokavalio- tai lääkehoidolla. Terveysshyötyjen arviointia vaikeampaa on arvioida, lisäksi tällainen vuosikymmeniä kestävä riskien tiedostaminen ja terveyspönnistelu ihmisen onnellisuutta. Terveys ei ole elämän ainoa tavoite. Geenitutkimuksen kehittyminen korostaa tarvetta keskustella siitä, minkälainen oikeus ihmisellä on olla tietämättä omia terveysriskejään. (Ks. [Terveiden edistäminen ja terveysneuvonta](#))

GENEIHOIDOT

Perinnölliset sairaudet ovat usein elinikäisiä ja oireiltaan vakavia. Niin lääkärit kuin potilaatkin toivoisivat hoitojen kehittyvän. Joidenkin tautien ratkaisuksi on löytynyt geenitutkimuksen seurauksena kehitetty hoito. Nämä ratkaisut ovat usein niin kalliita, että hoidon toteuttaminen on mahdollista vain varakkaimpien maiden terveydenhuollossa. Somaattinen geenihoido olisi pysyvämpi ja mahdollisesti halvempi ratkaisu: sairaaseen elimistöön viedään toimivaa geeniä viallisen sijaan. Tällainen mahdollisuus on CRISPR-Cas9-tekniikan myötä herättänyt runsaasti toiveita ja epäilyksiä. Somaattisessa geenihoidossa ei ole periaatteessa enempää eettisiä ongelmia kuin esimerkiksi verensiirrossa. Hoidot pitää kuitenkin pystyä osoittamaan turvallisiksi, ja niiden on oltava teknisiltä ja taloudellisilta yksityiskohdiltaan kohtuudella ratkaistavia.

Periytyvien sairauksien kirjossa on sairauksia, jotka aiheuttavat huomattavaa kärsimystä, toimintakyvyn vajausta ja myös sekä henkilöille itselleen että yhteiskunnalle suuria kustannuksia. Nämä taudit voitaisiin periaatteessa parantaa, jos viallinen geeni korjattaisiin jo sukusolussa tai varhaisessa alkiossa. Tämä voi nykytekniikoin olla jo lähitulevaisuudessa mahdollista, mutta toistaiseksi tähän ei ole ryhdytty monien tuntemattomien riskien vuoksi. Varhaisen alkion geenien manipulaatio on moraalisesti ongelmallista: Mitkä rakennemuutokset ja -puutokset olisivat eettisesti hyväksyttävissä korjata? Toiminta voisi johtaa kohti ihmiselle normaalien ominaisuuksien parantamista.

Toistaiseksi iturataan kohdistuva geenihoido tai -muokkaus on esimerkiksi kaikissa länsimaissa kielletty. Periaatteellisten kysymysten lisäksi huolta aiheuttaa se, etteivät menetelmät ole turvallisia ja niiden kehittäminenkin vaatisi eettisesti arveluttavia kokeita.

Potilastapaus

Peittyvästi periytyvää, varhain alkavaa verkkokalvon rappeumaa sairastavat pikkuserkkukset ovat suunnittelemassa yhteisen perheen perustamista. Koska heillä on sama sairaus, jota aiheuttaa kummallakin molemmilta vanhemmilta peritty geenivirhe, tulevat kaikki heidän yhteiset lapsensa perimään sairauden. Pariskunta toivoo alkion geenivirheen korjausta. Tätä heille ei voida luvata edes tulevana vuosina, koska ituradan geenien korjaaminen ei ole sallittua. Sen sijaan verkkokalvon rappeumien oireiden lieventämistä geeniterapian keinoin ollaan jo kokeilemassa, joten syntyvät lapset saattaisivat saada hoitoa aikanaan. Toisaalta taudin riski voitaisiin välttää luovutetuilla siittiöillä tai munasoluilla.

Tiedemaailmassa vallitsee yksimielisyys tiettyjen toimenpiteiden eettisestä ongelmallisuudesta. Ihmisyksilön kloonaminen tai ihmisen ja eläimen hybridien luominen on Suomessa kielletty lailla. ■

Lisätietoja:

Karjalainen S, Launis V, Pelkonen R, Pietarinen J. Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus 2002.

Räikkä J, Rossi K. Geenit ja etiikka. Kysymyksiä uuden geeniteknologian arvoista. WSOY 2002.

<https://www.nuffieldbioethics.org/news/press-release-joint-statement-on-the-ethics-of-heritable-human-genome-editing>

European Society of Human Genetics (ESHG). <https://www.eshg.org/index.php?id=home>

International Federation of Human Genetics Societies (IFHGS). <http://www.ifhgs.org/>

Lapset ja nuoret

Lapset ja nuoret tarvitsevat erityistä suojelua ja tukea niin yhteiskunnalta kuin lääkäriltä, jotta heidän perusoikeutensa toteutuisivat. Lääkärillä on usein työnsä puolesta mahdollisuus – ja tästä seuraava velvollisuus – edistää ja valvoa lapsen etua ja mahdollisuuksia tasapainoiseen kehittymiseen.

Lääkäri joutuu ottamaan huomioon lapsen parhaan sekä vanhempien oikeuden tietyissä tilanteissa päättää lapsen puolesta. Nuorten osalta on keskeistä iän myötä kasvava kyky itsemääräämiseen ja siitä seuraava itsemääräämisoikeuden lisääntyminen. Etiikan näkökulmasta itsemääräämisen rajanvedot eivät pelkisty yksinkertaisiin ikärajoihin, vaan vaativat lääkäriltä yksilötason arviointia.

Lapsen kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen on tärkeä lääkärin velvollisuus. Pohdinta poikien ympärileikkauksesta valottaa monia lasten kohteluun liittyviä eettisiä periaatekysymyksiä.



Lapsi ja nuori potilaana

Lapsen kanssa pitää keskustella hoidosta ja ottaa hänen mielipiteensä huomioon siten kuin se lapsen iän, kehitystason ja tilanteen perusteella on mahdollista.

Lapsella on oikeus vanhempien läsnäoloon ja hoivaan hoidon aikana. Hoitoa koskevat päätökset on tehtävä yhteisymmärryksessä vanhempien kanssa. Toisaalta lapsen ja nuoren oikeus yksityisyyteen pitää ottaa huomioon. Vanhemmilla ei ole oikeutta kieltää lapsen hoitoa, jos vaarana on lapsen menehtyminen tai vammautuminen.

Lapsen asema yhteiskunnassa on muuttunut merkittävästi 1900-luvulla. Lapsikuolleisuus on vähentynyt, ja monet lastentaudit ovat käytännössä hävinneet maailmasta rokotusten avulla. Suomessa lasten ja nuorten terveyttä seurataan säännöllisesti neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Suurin osa lapsista on terveitä ja voi hyvin. Terveyserot ovat kuitenkin ongelma jo lapsuudessa.

Kaikissa lapsiin ja nuoriin kohdistuvissa toimissa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen tai nuoren etu. Lääkärin pitää suhtautua lapseen tai nuoreen rehellisesti, avoimesti ja lapsen persoonaa kunnioittavasti. Sairaudesta ja sen vaatimista hoidoista on keskusteltava lapsen kanssa hänen ymmärtämällään tavalla.

LAPSEN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Potilaslaissa (785/1992) todetaan, että alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteestä on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos ala-

ikäinen kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Tämä on juridinen ja eettinen peruseriaate alaikäistä hoidettaessa.

Tietoon perustuva suostumus hoitotoimenpiteeseen edellyttää paitsi kykyä ymmärtää toimenpiteen merkitys, hyödyt ja haitat, myös kykyä tehdä rationaalisia päätöksiä. Lapsen kykyä ottaa kantaa hoitoonsa on arvioitava suhteessa hänen kehitystasoonsa ja päätöksenteon kohteena olevaan hoitotoimenpiteeseen.

Lapsen kyky itsemääräämiseen kasvaa iän myötä. Pieni lapsi ymmärtää konkreettisimmin toimenpiteiden välittömät seuraukset, mutta ei yleensä pysty ottamaan sairautensa hoidosta kokonaisvastuuta eikä siis pysty antamaan hoitoaan koskevaa itsenäistä tietoon perustuvaa suostumusta. Lapsen kykyä ymmärtää hoidon tai tutkimuksen merkitystä voidaan edistää mm. erilaisten leikkiin ja kuviin perustuvien menetelmien avulla. Tällöin jo alle kouluikäinen lapsi pystyy osallistumaan hoitoaan koskevaan keskusteluun. Kyky itsenäiseen päätöksentekoon vaihtelee lapsen kypsyydestä ja asiayhteydestä riippuen. Alakouluikäinen voi hyvinkin sopia ja vastata pienistä kouluterveydenhuollon käynneistä yhdessä terveydenhoitajan kanssa. Kroonisissa ja vakavissa sairauksissa lapsen huoltaja on yleensä lapsen paras tukija, ja vanhempien mukanaolo lapsen käynneillä terveydenhuollossa on sitä tärkeämpää, mitä vakavampaa sairautta lapsi sairastaa. Murrosikäinen nuori kykenee usein ymmärtämään paremmin sairauden merkitystä pidemmällä aikavälillä, mutta toisaalta nuoren ajatusmaailmalle tyypilliset ehdottomuus, mustavalkoisuus, käsitys omasta haavoittumattomuudesta ja keskittyminen omaan itseen tässä ja nyt saattavat heikentää hänen valmiuksiaan päätöksentekoon. Myös kyky ottaa vastuu päätöksistä saattaa vielä puuttua. Hänen ratkaisunsa saattavat olla ristiriidassa sen kanssa, minkä hän myöhemmin voisi ymmärtää edukseen.

Lääkäri voi lapsia ja nuoria hoitaessaan joutua pohtimaan lapsipotilaansa tahtoa ja kykyä itsemääräämiseen. Potilaan kypsyttä arvioidessaan hän saattaa tulla eri johtopäätökseen kuin nuori toivoisi. On kuitenkin muistettava, että autonomian liiallinen korostus voi johtaa heitteillejättöön, jolloin lapsi tai nuori saattaa jäädä yksin sairautensa kanssa. Myös nuori tarvitsee sairautensa hoidossa usein aikuisen tueksi ja lohduttamaan. Hyvä suhde omiin vanhempiin tukee lasta tai nuorta hänen kasvussaan ja kehityksessään myös sairastaessa.

LAPSEN JA VANHEMPIEN OIKEUDET

Suomen ratifioiman Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) lasten oikeuksien sopimuksen mukaan lasta ei tule erottaa vanhemmistaan heidän tahtonsa vastaisesti paitsi erityistapauksessa, kuten vanhempien pahoinpidellessä tai laiminlyödessä lasta. Lapsen ja nuoren perusoikeutta vanhempien tai huoltajan läsnäoloon ja hoivaan pitää kunnioittaa myös vastaanottokäyntien ja sairaalahoidon aikana. Velvollisuus mahdollistaa sairaan lapsen vanhempien läsnäolo hoidon aikana aiheuttaa haasteita niin lääkärille kuin hoito-organisaatiolle ja yhteiskunnallekin.

Jos lapsi ei kykene itse päättämään hoidostaan, toimitaan yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa kanssa. Kiireellisissä tapauksissa hoito voidaan aloittaa ilman vanhempien suostumusta. Potilaslain mukaan huoltajalla ei ole oikeutta kieltää alaikäisen potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa hoitoa. Vanhempien kieltäessä välttämättömän hoidon on lääkärin toimittava potilaan parhaaksi tarvittaessa vanhempien tahdosta riippumatta. Ongelmallisissa tilanteissa voidaan kääntyä lastensuojeluviranomaisten puoleen ja harkita lapsen huostaanottoa.

Jos nuori haluaa salata hoitonsa vanhemmiltaan, on nuoren toivomusta yleensä kunnioitettava. Tällainen tilanne voi syntyä esimerkiksi alaikäisen tytön tullessa raskaudenkeskeytykseen. Raskauden keskeyttämisestä annettu laki (239/1970) ei edellytä vanhempien lupaa toimenpiteen suorittamiseen. Nuoren kanssa on keskusteltava ja selvítettävä salaamisen mahdolliset haitalliset seuraamukset. Tällaisessa tilanteessa nuori tarvitsee usein aikuisen neuvoja ja tukea. Nuorelle, jolta puuttuu oman huoltajan tai muun aikuisen tuki, olisi osoitettava ammattihenkilö, esimerkiksi sosiaalityöntekijä tai lääkäri, jonka puoleen hän voi luottamuksellisesti kääntyä. Lapsen ja vanhempien avointa ja rehellistä keskustelua pitää edistää, mutta toisaalta lapsella voi olla perusteltu syy hoitonsa salaamiseen. (Ks. [Raskauden ehkäisy ja keskeyttäminen](#))

Kun lapsi vaarantaa terveytensä esimerkiksi käyttämällä alkoholia, huumeita tai muita päihteitä, hän on erityisen huolenpidon tarpeessa. Tilanne on ensisijaisesti selvítettävä yhteistyössä vanhempien kanssa saattamalla lapsi tarvittavaan hoitoon. Usein tarvitaan myös yhteistyötä lastensuojeluviranomaisten kanssa. (Ks. [Potilaan päihdeongelma](#))

LAPSEN JA VANHEMMAN TIEDONSAANTIOIKEUS JA KANTA-ARKISTO

Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat mahdollistaneet terveystietojen näkymisen myös verkoyhteyden välityksellä. Suomessa kehitetty Kanta-arkisto ja Omakanta mahdollistavat vanhempien asioinnin alaikäisen lapsensa asioissa terveydenhuollossa. Toisen puolesta asioinnin kehittämisessä on haasteensa, koska järjestelmien jäykkyys ei aina mahdollista tietojen näkyvyyttä lapsen huoltajille. Kehittämisessä on otettava huomioon paitsi vanhempien tiedonsaantioikeus myös lapsen itsemääräämisoikeus ja oikeus kieltää tiedon näkyminen huoltajansa Omakannassa. Puolesta asiointia kehitettäessä jouduttiin aluksi rajaamaan lapsen tietojen näkyminen vain kymmeneen ikävuoteen. Sitten Kanta-arkistoon ja potilastietojärjestelmiin on lisätty työkalu, jonka avulla alaikäisen lapsen tiedot voidaan antaa nähtäväksi huoltajille. Tämä koskee tilanteita, joissa lapsi ei ole kypsä itse päättämään terveydenhuollon käynnin aiheuttaneen sairauden hoidosta tai joissa lapsi ei kiellä asian näkymistä huoltajilleen silloin, kun hän on kypsä päättämään hoidostaan. Työkalu edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilön arviota lapsen kypsydestä päätöksentekoon. (Ks. [Potilasasiakirjat](#))

JOS VANHEMMAT OVAT ERIMIELISIÄ LAPSEN HOIDOSTA

Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta (361/1983) edellyttää, että vanhemmat tekevät lasta koskevat päätökset yhdessä. Vuonna 2019 lakiin tehtiin merkittäviä muutoksia vanhempien velvoitteisiin. Ongelmia voi aiheutua, jos vanhemmat ovat eri mieltä terveydenhuoltoon liittyvistä kysymyksistä. Toinen vanhemmista voi esimerkiksi vastustaa lapselle annettavia rokotuksia, toinen hyväksyy rokottamisen. Pitäisikö lapsi jättää rokottamatta vai rokottaa? Pieneltä lapselta mielipidettä ei voi kysyä. Suostumukseen kykenemättömän täysi-ikäisen potilaan hoidosta poiketen potilaslaissa ei ole määritelty, kuka päättää ja miten päätetään hoitolinjasta, jos lapsen viralliset huoltajat ovat siitä keskenään erimielisiä. Rokotuksen vaikutus lapsen terveyteen on tieteellisesti näytetty toteen, ja mahdollisimman laaja rokotuskattavuus vaikuttaa myös tautien leviämiseen. Lasten rokottaminen on siten perusteltua sekä yksilön että yhteiskunnan hyödyn kannalta.

Eduskunnan oikeusasiamies on päätöksessään joulukuussa 2019 todennut, että jos toinen vanhemmista vastustaa rokotuksia ja hänen kantansa on terveydenhuollon ammattihenkilöiden tiedossa, lasta ei pitäisi rokottaa. Oikeusasiamies kuitenkin kiinnitti terveydenhuollon ammattihenkilön huomiota asiassa todeten, ettei tällaisesta tilanteesta ole selviä säännöksiä. Asiaan kiinnitti huomiota myös rokotuksia käsitellyt sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työryhmä (v. 2019). Lainsäädäntöä kehitettäessä on syytä täsmentää, miten punnitaan toisaalta lapsen etua, toisaalta huoltajien päätösvaltaa, kun ne ovat ristiriidassa keskenään. (Ks. [Rokotusten etiikka](#))

LAPSEN KUOLEMA

Lapsia ja nuoria hoitavat lääkärit joutuvat joskus päättämään elämää ylläpitävän hoidon jatkamisesta tai sen lopettamisesta. Päätösten tärkeimpänä ohjenuorana on tässäkin lapsen tai nuoren etu. Hoitopäätökset tekee lääkäri lääketieteellisin perustein, yhteisymmärryksessä vanhempien tai huoltajien kanssa. Lääketieteellisten hoitopäätösten eettiset perusteet eivät tässä suhteessa eroa lasten ja nuorten muusta lääketieteellisestä hoidosta. Vanhempien osuus päätöksenteossa tulee sovittaa yksilöllisesti tilanteen mukaan, eikä vaikeita päätöksiä saa säilyttää yksin vanhemmille. (Ks. [Vastasyntyneisyyskauden eettiset erityiskysymykset, Tehohoito](#))

Vakavasti sairaalle lapselle tai nuorelle ja hänen perheelleen on kerrottava sairaudesta rehellisesti ja ymmärrettävästi. Vaikeimmistakin asioista, kuten lähestyvistä kuolemasta, pitää keskustella sekä lapsen että hänen vanhempiensa kanssa. Lapsen kanssa keskusteltaessa on otettava huomioon hänen ikänsä, persoonallisuutensa, sairauden laatu sekä kuolemasta kertomisen vaikutus lapsen jäljellä olevan elämän laatuun. Varsinkin parantumattomasti sairaalle murrosikäiselle nuorelle saattaa olla tärkeää osallistua päätöksentekoon. (Ks. [Lähellä kuolemaa, Saattohoito](#))

Vanhempia on tuettava vaikeiden ratkaisujen aikana, eikä päätösten tekemistä tai hoidon muutoksia pidä kiirehtiä. Perheelle on varattava aikaa olla potilaan kanssa, ja lääkärin on varattava aikaa kuolevan lapsen tai nuoren ja tämän perheen kohtaamiseen. Perheelle ja tilanteen mukaan lapselle tai nuorelle on pyrittävä järjestämään tarvittava psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen tuki. Perheen muut lapset on myös huomioitava heidän ikänsä ja kehitystasonsa mukaisesti. Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu perheen tapaaminen 1–2 kuukauden kuluttua lapsen tai nuoren kuolemasta ja mahdollisesti heränneiden kysymysten ja jatkotarpeiden selvittäminen.

LÄÄKETIETEELLINEN TUTKIMUS ALAIKÄISILLÄ

Lapsipotilaita hoidettaessa joudutaan usein käyttämään lääkkeitä, joiden tehoa ja turvallisuutta on tutkittu kattavasti vain aikuispotilailla ja joiden vaikutuksia lapsen kehittyvään elimistöön ei tunneta riittävästi. Tilanne on eettisesti ongelmallinen, koska lapsella on oikeus saada ja lääkärillä on velvollisuus antaa vain lääketieteellisesti turvalliseksi ja tehokkaaksi osoitettua hoitoa. Toisaalta lapsi ei hyödy hoidon kehityksestä, jos uusien lääkkeiden tehoa ja turvallisuutta ei tunneta eikä tutkita lapsilla. Lapsen parhaan mahdollisen hoidon tavoitteen näkökulmasta on siksi tärkeää, että lääkkeitä ja muuta hoitoa tutkitaan myös lapsipotilailla.

Vuonna 2007 voimaan tullut Euroopan unionin lastenlääkeasetus velvoittaa lääketieteellisen tutkimuksen kaikki markkinointi- ja myyntilupaa hakevat aikuisten lääkkeet myös lapsilla ja nuorilla, jos EU:n lääkeviranomaiset katsovat lääkkeen heille tarpeelliseksi. Uusi lääke

ei yleensä enää saa myyntilupaa EU:ssa, ellei sitä ole tutkittu lapsilla. Lastenlääkeasetus on lisännyt uusien lääkkeiden tutkimuksia lapsilla ja markkinoilla olevia lastenlääkkeitä.

Lapsiin kohdistuvat kliiniset tutkimukset ovat eettisesti haastavia lasten erityisen haavoittuvuuden, elimistön kasvun ja kehityksen sekä vaihtelevan kehitystason mukaisen kasvavan, mutta usein puutteellisen päätöksentekokyvyn vuoksi. Toisaalta lapsilla on aikuisten lailla oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta hoidosta. Lapsen hyvinvoinnista ja terveydestä huolehditaan parhaiten, jos heidän sairautensa hoitoa kehitetään lääketieteellisten periaatteiden mukaan. Näin toteutetaan oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta. Kansainväliset sopimukset ja Suomen lainsäädäntö asettavat lapsiin kohdistuville tutkimuksille erityisehtoja (Ks. [Läketieteellisen tutkimuksen etiikkaa](#)). Koska lasten itsemääräämiskyky vaihtelee yksilöllisesti, on lasta tutkimukseen pyydetessä kiinnitettävä erityisen huolellisesti huomiota lapsen ja hänen huoltajiensa informointiin myös suullisesti sekä annettava aikaa ja mahdollisuus kysyä ja harkita osallistumista riittävän monipuolisesti.

Läketieteelliseen tutkimukseen osallistuminen edellyttää lapsen tai hänen huoltajiensa kirjallista suostumusta. Joskus on epäselvää, tarvitaanko tutkimukseen molempien huoltajien suostumus. Eduskunnan oikeusasiamies on ratkaisussaan Dnro 2983/4/07 linjannut, että suostumus olisi pyydettyä molemmilta huoltajilta. Ongelmia aiheutuu, jos vanhemmat ovat erimielisiä. Lapsen oman mielipiteen pitäisi vaikuttaa siihen, otetaanko lapsi mukaan tutkimukseen ylipäättään, ja jos toinen vanhemmista vastustaa lapsen osallistumista, on syytä harkita lapsen jättämistä tutkimuksen ulkopuolelle. Lapsen edun määrittely lääketieteellisen tutkimuksen kontekstissa on hyvin hankalaa, kun otetaan huomioon tutkimusasetelma, lopputulos ja mahdolliset riskit ja haitat.

Jos alaikäinen on täyttänyt 15 vuotta, hän voi lain mukaan tietysin edellytyksin itse antaa tietoon perustuvan kirjallisen suostumuksen tutkimukseen. Kirjallista suostumusta edellytetään myös sellaiselta tutkimukseen osallistuvalla alaikäiseltä, joka ei saa olla tutkittavana ilman huoltajansa tai muun laillisen edustajansa suostumusta, mutta kykenee muodostamaan mielipiteen ja arvioimaan hänelle tutkimuksesta annettuja tietoja. (Ks. [Läketieteellisen tutkimuksen etiikkaa](#))

LASTEN TERVEYS JA YHTEISKUNTA

Lasten terveydenhuoltoon käytettävien voimavarojen priorisointi on tärkeä yhteiskunnallinen kysymys. Lasten, kuten aikuistenkin, sairaanhoidossa valtaosa resursseista käytetään varsin pienen potilasryhmän hoitoon. Samaan aikaan monet merkittävät terveysongelmat, kuten ylipaino, päihteiden käyttö ja mielenterveyden ongelmat, ovat lapsilla ja nuorilla yleisiä tai yleistyessä. Niiden ennaltaehkäisyllä tai tehokkaalla hoidolla olisi kauaskantoisia vaikutuksia.

Lasten ja nuorten hyvinvoinnista huolehtimista pidetään yleisesti yhtenä yhteiskunnan tärkeimmistä tehtävistä. YK:n lapsen oikeuksien julistuksen mukaan lapsen tulee saada nauttia erityistä suojelua. Lapsiin ja nuoriin kohdistuvien ennaltaehkäisevien ja hoitavien toimien ensisijaistamista on perusteltu myös mahdollisuuksien tasa-arvolla ja pitkän odotettavissa olevan eliniän myötä syntyvällä suurella vaikuttavuudella. (Ks. [Priorisointi terveydenhuollossa](#)) ■

Lisätietoja:

Helin M. Lapsi ja vajaakykyinen potilaana. Suomen Lääkärilehti 2003;58(40):4025–28.

Rokotustoiminnan kehittämistä selvittäneen työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2019:39.

Vastasyntyneisyyskauden eettiset erityiskysymykset

Vastasyntyneisyyskauden vaikeimmat eettiset ongelmat liittyvät hyvin pienten keskosten tai sellaisten lasten hoitoon, joilla on vaikeita rakennevikoja, sekä siihen, milloin elvytyksestä tai tehohoidosta voidaan luopua. Koska vastasyntynyt ei pysty itse puolustamaan oikeuksiaan, lääkärin on pohdittava hoitoratkaisuja ajatellen erityisesti lapsen parasta.

Maailman terveysjärjestö WHO on vuonna 1987 määritellyt synnytyksen rajaksi 22 viikkoa kestäneen raskauden (> 22 + 0) tai vastasyntyneen vähintään 500 gramman syntymäpainon. Elossa olevan lapsen syntymä on raskauden kestosta ja lapsen syntymäpainosta riippumatta aina synnytys. Hyvin ennenaikaisen tai hyvin pienipainoisen lapsen ennustetta on vaikeaa arvioida, koska ennusteeseen vaikuttavat monet sekä raskaudenaikeiset että syntymän jälkeiset tekijät. Yleisiä hoitolinjoja on tämän vuoksi vaikea määrittää.

Parantuneen sikiödiagnostiikan ansiosta monet vastasyntyneen rakennepoikkeamat ja vakavat sairaudet voidaan usein havaita jo raskauden aikana. (Ks. **Alkio- ja sikiödiagnostiikka**) Erityisen hankalaan tilanteeseen joudutaan, kun raskauden ollessa pitkällä sikiöllä todetaan vaikea, elämänlaatua merkittävästi huonontava vamma tai sairaus, mutta syntyvän lapsen elinkelpoisuutta ei pystytä ennustamaan.

HOITOPÄÄTÖSTEN PERIAATTEITA

Lapsen vanhemmat ovat lapsensa laillisia edustajia. Hyvän ja onnistuneen hoidon edellytys on, että lasta voidaan hoitaa yhteisymmärryksessä hänen vanhempiansa kanssa. Ongelmallisiin tilanteisiin joudutaan, jos lääkärin ja vanhempien näkemykset poikkeavat paljon toisistaan. Sairaana tai kovin ennenaikaisen keskosen syntyminen perheeseen on usein suuri järkytys lapsen vanhemmille. Uuteen tilanteeseen tottuakseen he tarvitsevat paljon tukea terveydenhuollon ammattihenkilöiltä. Vanhemmilla voi olla vaikeuksia kiintymyssuhteen rakentamisessa lapseen, jos he pelkäävät menettävänsä hänet. Heillä saattaa myös olla epärealistisia toiveita lapsen ennusteesta, ja suostuminen aktiivihoidosta luopumiseen voi olla vanhemmille joskus ylivoimaista.

Potilaslakiin (785/1992) on kirjattu, että lapsen vanhemmilla ei ole oikeutta kieltää hoitoa, joka on välttämätöntä lapsen hengen tai terveyden turvaamiseksi. Tällainen tilanne on silloin, jos vanhemmilla on vahva uskonnollinen vakaumus, joka kieltää tietyt toimenpiteet, kuten esimerkiksi verensiirron. Hoitopäätökset tehdään kuitenkin lapsen edun lähtökohdista ja tarvittaessa lastensuojelun päätösten tuella.

Haasteellisempi tilanne on, jos vaikeasti sairaan vastasyntyneen aktiivisesta hoidosta joudutaan luopumaan huonon ennusteen vuoksi, ja vanhemmat vastustavat hoidosta luopu-

mista. Tällaisia tilanteita voi aiheutua esimerkiksi silloin, kun vastasyntyneen lapsen todetaan sairastavan hyvin harvinaista perinnöllistä tautia, johon ei ole hoitoa ja jonka ennuste on huono. Lapsella voi myös olla sellainen rakennepoikkeama, jota ei voi korjata tai jonka hoidon ennuste on hyvin huono. Jokainen lapsi on yksilö ja perhe reagoi yksilöllisesti, joten vaikeissa tilanteissa koko hoitoyhteisön olisi pohdittava huolellisesti toimenpiteistä aiheutuvaa hyötyä ja toisaalta haitan välttämistä sekä eri osapuolten oikeuksia ja autonomiaa.

Lapsipotilaan hoidon perusta on käytettävissä oleva tutkimustieto ja hoidon vaikuttavuus. Lapsiin kohdistuvia tutkimuksia tehdään suhteellisen vähän, ja monessa hoidossa tutkimustieto voi olla puutteellista. Tutkimustyö on välttämätöntä, jotta lapsille pystyttäisiin tulevaisuudessa saamaan vaikuttavia hoitoja. (Ks. [Lääketieteellisen tutkimuksen etiikkaa](#)) Vastasyntyntä on hoidettava hänen ihmisarvoaan kunnioittaen. Turhia toimenpiteitä on vältettävä. Ihmisarvon kunnioitusta on myös tehottomaksi osoittautuneen elvytyksen ja muiden elintointimintoja ylläpitävien hoitojen lopettaminen.

Vanhempien ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden käsitykset hyvästä tai hyväksyttävästä elämänlaadusta ja lapsen edusta voivat poiketa toisistaan merkittävästi. Vamma ja vammaisuus itsessään ei voi olla hoidosta luopumisen perusteena. Vammaisten henkilöiden arki voi olla eri tavoin tuettuna yhtä rikasta ja arvokasta kuin kenen muun tahansa. Varhaisten tukitoimien suuntaaminen niihin perheisiin, joissa lapsi tarvitsee tavallista enemmän arjen tukea, turvaa monin tavoin sekä perheiden että lapsen hyvinvointia ja tukee lapsen kasvua ja kehitystä hänelle ominaisella tahdilla. Uskonnolliset ja kulttuuriset erot on syytä ottaa huomioon. Hoidon rajat määrittyvät lainsäädännön ja yleisesti hyväksytyjen eettisten periaatteiden mukaisesti, ja niihin vaikuttaa lääketieteen mahdollisuuksien lisääntyminen teknologisen kehityksen takia.

VASTASYNTYNEEN ELVYTYKSESTÄ TAI TEHOHOIDOSTA PIDÄTTÄYTYMINEN

Jos sikiöllä todetaan ennen syntymää vaikea, elämänlaatua merkittävästi heikentävä vamma ja hänen ennusteensa on huono, tilanne on tärkeää käydä läpi tulevien vanhempien kanssa – mieluiten moniammatillisessa ryhmässä. Vanhemmilla on oikeus valita passiivinen hoitolinja raskauden ja synnytyksen hoidossa. Käytännössä kysymys on pienten keskosten elvyttämisestä tai elvyttämättä jättämisestä, jos ennuste on huono. Tällöin hoitolinjaa pohditaan yhteisymmärryksessä vanhempien kanssa. On tärkeää arvioida sekä syntyvän lapsen että äidin terveys ja ottaa huomioon myös synnyttäjän mahdolliset tulevat raskaudet ja synnytykset. Jos lapsen keskeiset elintoiminnot käynnistyvät syntymän jälkeen, häntä yleensä hoidetaan.

Vastasyntyneen elvytyksestä tai tehohoidosta pidättäytymistä harkitaan, jos voidaan jo ennalta todeta, että edessä on varhainen kuolema tai kärsimyksen pitkittyminen tuloksettoman hoidon takia. Päätös voidaan tehdä siinä tapauksessa, että vaikea sairaus tai rakennepoikkeavuus on todettu ennen lapsen syntymää esimerkiksi kuvantamis- tai kromosomitutkimuksen perusteella. Jos ennuste on epävarma, paras vaihtoehto on hoitaa lasta mahdollisimman tehokkaasti syntymän jälkeen, kunnes tarvittavat tutkimukset diagnoosin varmistamiseksi on tehty. Vanhempien toiveet lapsen hoidosta pyritään ottamaan huomioon mahdollisimman hyvin. Esimerkiksi 18-trisomiaa sairastava lapsi voi olla saattohoidossa äidin vierellä vierihoit-osastolla tai kotona kotisairaanhoidon avustamana.

Hyvin ennenaikaisen tai hyvin pienipainoisen lapsen ennuste on yleensä pitkään epävarma. Jos tällaisissa tilanteissa on ennalta päätetty pidättäytyä elvytyksestä, synnytyssalissa saatetaan joutua eettisesti erittäin hankalaan tilanteeseen, jos lapsi synnyttyään hengittää ja liikehtii.

Suosittelavampi menettelytapa on siksi elvytys ja alkuhoito heti, jotta mahdollisesti elinkykyisen lapsen vammautumisen riski ei kasvaisi. Useimmiten jo parin vuorokauden kuluessa voidaan havaita, onko lapsella edellytyksiä jäädä henkiin, tai onko hänelle jo syntynyt vaikea vaurio. Silloin tehohoidon jatkamiselle ei enää ole perusteita.

Jos lapsi on syntymässä hyvin ennenaikaisena, vanhempien mielipide hoidon aktiivisuudesta on mahdollisuuksien mukaan selvitettävä etukäteen. Vanhempien pitää saada riittävästi tietoa pikkukeskosien eloonjäämisen ja vammautumisen ennusteesta sekä siitä, mitä pikkukeskosien tehohoito käytännössä tarkoittaa. Jos vanhemmat eivät käydyn keskustelun jälkeen halua tehohoitoa hyvin ennenaikaiselle (alle 23 viikkoa) lapselleen, tehohoidosta pidättäytymistä on vakavasti harkittava.

TEHOHOIDOSTA LUOPUMINEN

Tehohoidosta luopumiseen voi olla erilaisia syitä. Selkeä syy luopumiseen on kuolemaan johtavan rakennepoikkeaman tai vaikean, ennusteeltaan huonon sairauden varmistuminen syntymän jälkeisissä tutkimuksissa. Myös vaikea aivovaurio on kiistaton syy luopua tehohoidosta. Kun ennuste näyttää riittävien tutkimusten perusteella toivottomalta, hoitava lääkäri keskustelee vanhempien kanssa hoitolinjasta. Lääkärin on rauhallisesti kerrottava ratkaisuun johtaneet lääketieteelliset perusteet. Vanhempien mielipiteitä ja toiveita pitää kuunnella ja kunnioittaa siinä määrin, kuin se on hoitolinjaukseen nähden mahdollista. Keskustelussa pyritään yhteisymmärrykseen vanhempien kanssa, mutta heille on ilmaistava selkeästi se, että päätös tehdään lääketieteellisin perustein. Vastuu ratkaisusta on lääkärillä, eikä asiaa saa jättää vanhempien ratkaistavaksi. Jos vanhemmat toivovat tehohoidosta luopumista ja lääkärit ovat eri mieltä, on lääkärin velvollisuus toimia lapsen edun mukaisesti. Empatia ja toistuvat keskustelut auttavat hahmottamaan, mikä on lapselle parasta. (Ks. **Lapsi ja nuori potilaana**)

Vanhempien toiveita pitää, jos mahdollista, noudattaa päätettäessä, milloin hoito lopetetaan. Voidaan esimerkiksi odottaa, että isovanhemmat tai muut tärkeät läheiset ehtivät nähdä lapsen. Vanhempien vakaumuksen mukaiset rituaalit pyritään suorittamaan ennen kuolemaa. Näin tuetaan vanhempien selviytymistä lapsen kuolemasta ja sen aiheuttamasta kriisistä.

Tehohoidosta luopuminen lapsen vaikean sairauden tai vamman varmistuttua ei läheskään aina johda lapsen menehtymiseen. Tällaisissa tilanteissa lapsen hyvä hoiva ja vanhempien tuen jatkuminen on erittäin tärkeää. Näin perheellä säilyy tunne siitä, että heistä ja heidän lapsestaan välitetään edelleen eikä lapsen ihmisarvoa vähennä se, että tehohoidosta on luovuttu. ■

Lisätietoja:

Elvytys (vastasyntynyt). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Perinatologisen seuran Suomen Neonatologit -alajaoksen asettama työryhmä. 2014.

Ennenaikainen synnytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. 2018. www.kaypahoito.fi

WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO. Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017.

Lapsen kaltoinkohtelu

Lääkärin tärkeä tehtävä on tunnistaa lapsen kaltoinkohtelu ja käynnistää tarvittavat toimenpiteet.

Kaikilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä on paitsi eettinen myös lakiin perustuva velvollisuus puuttua epäilyyn kaltoinkohteluun.

Kaltoin kohdeltu lapsi on harvoin perheen ainoa avun tarvitsija. Lapsen edun on kuitenkin oltava selkeästi etusijalla aikuisten etuun nähden, koska lapsi ei pysty itse puolustamaan oikeuksiaan.

Lapsella on oikeus ja tarve erityiseen suojeluun. Jos lapsen hyvinvointi ja terveys on uhatuna, on jokaisen velvollisuus ryhtyä toimenpiteisiin lapsen parhaaksi. Lastensuojelun periaatteet on kirjattu kansainvälisiin lapsen oikeuksien sopimuksiin sekä kansallisiin lakeihin ja muihin säännöksiin myös Suomessa.

Lapsen kaltoinkohtelua ovat lapsen perustarpeiden laiminlyönti (puutteellinen huolenpito), fyysinen väkivalta, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä lapselle sepitetty tai aiheutettu sairaus ja näiden yhdistelmät. Kaltoinkohtelu uhkaa lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä ja toimintakykyä. Se voi myös ”periytyä”, koska lapsena koettu kaltoinkohtelu voi vaarantaa myöhemmän kyvyn toimia itse vanhempana. Suomessa arviolta kolmannes vanhempien välistä väkivaltaa nähneistä lapsista joutuu itse fyysisen väkivallan uhriksi. Pelkkä väkivallan todistajana oleminen voi aiheuttaa lapselle vakavia oireita. Kaltoinkohtelun vaikutukset voivat seurata lasta aikuisuuteen saakka. Kaltoinkohtelu voi johtaa kuolemaan joko suoraan tai myöhempien vaikutustensa kautta.

Lapsen kaltoinkohtelua esiintyy kaikenlaisissa perheissä. Vanhempien päihteidenkäyttö, psyykkiset sairaudet, parisuhdeväkivalta sekä perheen sosiaaliset ja taloudelliset vaikeudet lisäävät kaltoinkohtelun riskiä. Lapsen käytöshäiriöt, sairaudet tai vammat voivat myös lisätä kaltoinkohtelun riskiä, mutta mikään niistä ei yksin selitä sitä. Syyt ja seuraukset ovat monien tekijöiden muodostama monimutkainen rakenne, jossa ovat mukana perheen ja sen yksilöiden lisäksi eri yhteisöt ja koko yhteiskunta arvoineen, kulttuureineen ja lakeineen. Tämän kokonaisuuden eri tekijöiden ja niiden vuorovaikutuksen ymmärtäminen on tärkeää, jotta lapsen kaltoinkohtelua voidaan eri toimin tunnistaa, ehkäistä ja tarpeen tullen puuttua siihen.

KALTOINKOHTELUN TUNNISTAMINEN

Kaltoin kohdeltu lapsi ei välttämättä oireile tavalla, joka auttaisi viranomaisia tulkitsemaan tilannetta kaltoinkohteluksi. Erityisesti lapsen laiminlyöntiä voi olla vaikea tunnistaa. Viranomaiset eivät välttämättä tiedä tai osaa päättää kuka, milloin tai miten laiminlyöntiin voisi puuttua. Myös lasten parissa työskentelevät ammattilaiset saattavat joko tietoisesti tai tiedostamattaan kieltää kaltoinkohtelun.

Lääkärit ja hammaslääkärit ovat tärkeässä asemassa kaltoinkohtelun tunnistamisessa. Neuvolan, kouluterveydenhuollon ja hammashuollon henkilökunta tapaa lapsia säännöllisesti. Myös päivähoidon ja koulun henkilökunta on avainasemassa lapsen ongelmien havaitsemisessa. Tutkimusten mukaan 60 prosenttia lapsiin kohdistuvasta fyysisestä väkivallasta näkyy jälkinä ylävartalon ja pään alueella, ja suun terveydentilasta voidaan havainnoida myös lai-

minlyönnin ja seksuaalisen hyväksikäytön merkkejä. Mustelmat, murtumat ja muut löydökset, joille ei ole ikään, kehitystasoon ja arjen toimintaan liittyvää luonnollista syytä, voivat olla merkki kaltoinkohtelusta. Toistuviin lääkäriin, hammaslääkäriin ja neuvolan vastaanotolta poisjäänteihin on kiinnitettävä huomiota. Päihteiden käytön, väkivallan, mielenterveyden häiriöiden ja perheen muiden ongelmien selvittäminen on oleellinen osa varhaista puuttumista. Esimerkiksi kysymyksiä parisuhdeväkivallasta on osattava luontevasti esittää myös silloin, kun lapsen oireiden syyksi ei suoraan epäillä kaltoinkohtelua.

KALTOINKOHTELUUN PUUTTUMINEN ON LÄÄKÄRIIN JA HAMMASLÄÄKÄRIIN VELVOLLISUUS

Lastensuojelulaki (417/2007) velvoittaa terveydenhuollon palveluksessa toimivia ilmoittamaan sosiaaliviranomaisille tietoonsa tulleesta ilmeisen lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta. Tämä koskee sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa työskenteleviä. Jos lapseen epäillään kohdistuneen seksuaalista tai fyysistä väkivaltaa, asiasta on tehtävä ilmoitus myös poliisille, jotta rikoksen esitutkinta saataisiin mahdollisimman nopeasti käyntiin. Lastensuojelulakiin on kirjattu mahdollisuus myös ennakkolliseen lastensuojeluilmoitukseen. Sellainen voidaan tehdä ennen lapsen syntymää, mikäli perheessä todetaan riskitekijöitä, joiden arvioidaan vaikuttavan kielteisesti lapsen huolenpitoon. Näin perheelle voidaan tarjota tukea, joka voi mahdollistaa syntyvän lapsen riittävän huolenpidon.

Lapsen epäilyyn kaltoinkohteluun puuttuminen on paitsi juridinen myös eettinen velvollisuus. Lastensuojeluilmoituksen kynnyksestä voi nostaa pelko potilas–lääkärisuhteen kariutumisen ja muista emotionaalisesti raskaista jälkiseurauksista. Luottamuksellisen suhteen luominen kaltoinkohtelua epäiltäessä on lääkärin ammatillisuuden suuri haaste. Kaltoinkohtelun tai sen epäilyn tuominen ilmi johtaa usein voimia koettelemaan ristiriitatilanteeseen, jonka käsittelyyn lääkäri voi tarvita työnohjausta tai muuta tukea. Ilmoituksen jättäminen tekemättä voi merkitä vakavaa terveysriskiä lapselle. Lapsi on riippuvainen aikuisten kyvyistä tunnistaa hänen ongelmansa, oireensa sekä tarpeensa sekä aikuisten kyvystä puuttua niihin. Lastensuojeluilmoituksesta seuraa selvitys, jonka perusteella lastensuojelun tarve havaitaan tai todetaan, että tarvetta lastensuojelun tukitoimiin ei ole. Puuttumisen tavoitteena on tarjota hoitoa ja estää kaltoinkohtelun uusiutuminen. Huolelliset sairauskertomusmerkinnät ovat tärkeitä kaltoinkohtelua epäiltäessä tai selvitetäessä.

Riittävän ammattitaidon ylläpitämiseksi on tärkeää, että fyysisen pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön tutkinta keskitetään. Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden lasten tutkimukset on Suomessa lailla keskitetty yliopistosairaaloihin. Fyysistä väkivaltaa kokeneiden lasten somaattisia tutkimuksia tehdään myös keskussairaaloissa. Yhteistyö poliisin ja lastensuojelun kanssa on välttämätöntä, jotta lapset pääsevät tarvitsemaansa hoitoon mahdollisimman nopeasti.

Ilmoitusvelvollisuus

Ilmoitusvelvollisella ei ole lain mukaan harkintavaltaa, jonka perusteella hän olisi oikeutettu siirtämään lastensuojeluilmoituksen tekemistä arvioidessaan, ettei ilmoitus todennäköisesti johda välittömiin lastensuojelutoimenpiteisiin.

Ilmoituksen tekemistä ei saa viivästyttää esimerkiksi delegoimalla ilmoituksen tekemisen esimiehelle tai arvellessaan, että joku muu on jo tehnyt ilmoituksen. Toisen tahon ilmoitusvelvollisuus ei poista omaa ilmoitusvelvollisuutta.

Jos lapsi tai perhe on jo lastensuojelun asiakkaana, on tehtävä uusi ilmoitus, joka johtaa tilanteen uudelleenarviointiin ja mahdollisesti kiireellisesti toteutettaviin toimenpiteisiin.

LAPSEN ETU EDELLÄ

Kaltoin kohdellun lapsen auttamisessa lääkärin ja hammaslääkärin tehtävä on pyrkiä tunnistamaan kaltoinkohtelu ja käynnistämään tarvittavat toimenpiteet. Lastensuojelun rooli toimenpiteissä on keskeinen. Kaltoin kohdeltu lapsi ei juuri koskaan ole perheen ainut avun tarvitsija. Lapsen edun on kuitenkin oltava selkeästi etusijalla aikuisten etuun nähden, koska lapsi ei pysty itse puolustamaan oikeuksiaan. ■

Lisätietoja:

Kivitie-Kallio S, Silvennoinen L. Lääkäri ja lastensuojelulaki. Duodecim 2011;127(3):215–6.

Statement on Child Abuse and Neglect. WMA 2006. www.wma.net

Söderholm A, Kivitie-Kallio S (toim.). Lapsen kaltoinkohtelu. Kustannus Oy Duodecim 2012.

Terveystieteiden tutkimuskeskus, Lastensuojelun kansikirja, <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkansikirja>

Tupola S, Kallio P. Lasten fyysinen pahoinpitely – diagnostiikka, menettelytavat ja seuranta. Suomen Lääkärilehti 2004;59(40):3749–55.

Väkivallaton lapsuus: Toimenpidesuunnitelma lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisystä 2020–2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:27. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161899/STM_2019_27_J.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Tyttöjen sukuelinten silpominen

Tyttöjen sukuelinten silpominen on Suomessa rangaistava teko, ja se katsotaan naisiin ja tyttöihin kohdistuvaksi väkivallaksi.

Tytölle suoritetusta tai suunnitellusta silpomisesta on ilmoitettava lastensuojeluviranomaisille ja poliisille.

Tyttöjen sukuelinten silpominen (Female genital mutilation, FGM) on monissa Afrikan ja Aasian maissa ylläpidetty kulttuurinen perinne, jossa tytön ulkoisia sukuelimiä poistetaan tai vahingoitetaan. Aiemmin käytettiin myös termiä ympärileikkaus, mutta siitä on sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2012 tekemän linjauksen mukaisesti luovuttu. Toimenpiteen tavoitteena on kontrolloida naisten sukupuolielämää. Maailmassa on arviolta yli 200 miljoonaa silpomisen läpikäynyttä naista, ja noin kolme miljoonaa tyttöä on vaarassa joutua silvotuksi. Silpomiselle ei ole lääketieteellisiä eikä yleensä myöskään uskonnollisia perusteita, vaikka se tehdään usein uskonnon nimissä. Silpominen on kansainvälisesti todettu osaksi tyttöihin ja naisiin kohdistuvaa väkivaltaa.

Silpominen voidaan jakaa neljään pääryhmään, joista radikaalein muoto on infibulaatio eli faraoninen leikkaus, jossa klitoris ja pienet häpyhuulet poistetaan ja ulkoiset häpyhuulet

ommellaan yhteen. Lievimmissä muodoissa sukuelimiin tehdään vain pieni pisto tai viilto. Yleisimmin tyttölapsia silvotaan 4–10-vuotiaina. Silpominen voi aiheuttaa monenlaisia terveysongelmia, joiden vakavuus riippuu muun muassa silpomisen tekotavasta, laajuudesta ja olosuhteista, joissa se on tehty. Se aiheuttaa tekovaiheessa tytölle paljon kipua, tulehdusriskin ja myöhemmin esimerkiksi virtsaamisvaikeuksia, seksuaalielämän häiriöitä sekä raskauteen ja synnytyksiin liittyviä riskejä. Suomessa ei tiettävästi ole tehty silpomisia.

Tyttöjen sukuelinten silpominen on rikoslain 21. luvun mukaisesti rangaistava teko joko pahoinpitelynä tai törkeänä pahoinpitelynä. Silpominen on tuomittava rikos myös silloin, kun se toteutetaan Suomen rajojen ulkopuolella, jos sen kohteena on suomalainen tai Suomessa pysyvästi asuva henkilö. Jos lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö kuulee, että tyttö aiotaan lähettää toiseen maahan silvottavaksi, on asiasta tehtävä ilmoitus lastensuojeluviranomaisille. Lisäksi jokaisella on velvollisuus ilmoittaa poliisille törkeän pahoinpitelyn olevan hankkeilla.

Kansalaisaloitteessa (KAA 1/2019) tyttöjen sukuelinten silpomisen kieltämisestä ehdotettiin säädettäväksi silpomisen kieltävä erillislaki, jollainen on monessa muussa maassa, esimerkiksi Ruotsissa. Eduskunta katsoi, että erillislain sijasta rikoslakia tulisi tältä osin tämentää pikaisella aikataululla.

Terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden on pyrittävä ehkäisemään tyttöjen sukuelinten silpomista etukäteen. Lääkärin on otettava asia puheeksi kohdatessaan perheitä, jotka tulevat tyttöjen sukuelinten silpomista harjoittavista kulttuureista. Puheeksi ottaminen on erityisen tärkeää neuvolatyössä, jotta vanhempia voidaan valistaa ja kertoa myös Suomen lainsäädännöstä. Näissä tilanteissa ja kohdattaessa silvottuja tyttöjä tai naisia muualla terveydenhuollossa on syytä kirjata löydökset tai keskustelut mahdollisia jatkotoimia varten.

Tytön tai naisen sitä itse toivoessa voidaan tehdä avausleikkaus tai korjausleikkaus. Avausleikkaus, jossa silpomisen yhteydessä kiinni ommellut häpyhuulet leikataan erilleen, voi tuoda jonkin verran helpotusta moniin silpomisen aiheuttamiin ongelmiin, kuten virtsaamisongelmiin, kuukautisveren kertymiseen vaginaan sekä jonkin verran myös seksuaalielämän vaikeuksiin. Myös riskit synnytyksessä vähenevät avausleikkauksen ansiosta. Avausleikkaus olisi hyvä tehdä ennen seksielämän aloittamista tai ennen raskautta. Silpomisen jälkeinen korjausleikkaus tarkoittaa toimenpidettä, jossa leikatut sukuelimet pyritään korjaamaan normaalin anatomian mukaisiksi. Korjausleikkauksen eduista kertominen ja suositteleminen on askel silpomisperinteen katkaisemiseksi. ■

Lisätietoja:

Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook. WHO, Geneva, 2018. THL.Lastensuojelun käsikirja. Tyttöjen sukuelinten silpominen.

<https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/pahoinpitely-ja-seksuaalinen-hyvaksikaytto/tyttojen-sukuelinten-silpominen>

Toimintaohjelma: Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen (FGM) estäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2019:1.

WMA Statement on Female Genital Mutilation (1993) 2016. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-female-genital-mutilation/>

Poikien ympärileikkaus

Pojan rituaalista ympärileikkausta pyytävien vanhempien kanssa pitää keskustella toimenpiteestä luopumisesta tai sen siirtämisestä ajankohtaan, jolloin poika on itse kykenevä päättämään asiasta.

Vaikka rituaaliset ympärileikkaukset terveydenhuollossa hyväksyttäisiin, on lääkärillä aina oltava mahdollisuus kieltäytyä niiden tekemisestä.

Poikien muista kuin lääketieteellisistä syistä tapahtuva ympärileikkaus on suhteellisen harvinainen toimenpide Suomessa; toimenpiteitä tehdään vuodessa noin 400. Poikien ympärileikkauksella on pitkä perinne juutalaisuudessa ja islamissa, joissa toimenpide liittyy syvästi uskontoon. Juutalaisuudessa ympärileikkaus on initiaatoriiitti. Islamissa miestä ei pidetä täysivaltaisena, jos häntä ei ole ympärileikattu. Juutalaiset pojat ympärileikataan viikon iässä, islaminuskoisessa yhteisössä pojat halutaan ympärileikata ennen murrosiän alkua. Joissakin anglosaksisissa maissa ympärileikkauksikäytäntö on levinnyt laajalle myös kulttuurisista syistä, sillä ympärileikkauksesta ajatellaan olevan terveydellistä ja siveydellistä hyötyä. Afrikassa ympärileikkausta käytetään myös siirtymisriittinä aikuisuuteen. Terveysyhödyistä ei laajoista tutkimuksista huolimatta ole saatu näyttöä. Maissa, joissa HIV on yleinen, ympärileikkauksen on todettu vähäisessä määrin ehkäisevän HIVin leviämistä. Tähän on kuitenkin muita, tehokkaampia keinoja, joten ympärileikkausta ei tämän vuoksi voi suositella näissäkään maissa.

Kuten kaikki kajoavat toimenpiteet, myös ympärileikkaus altistaa potilaan komplikaatioille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos teki vuonna 2013 sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä laajan kirjallisuuskatsauksen alle 7-vuotiaiden poikien ympärileikkausten komplikaatioista. Selvityksessä todettiin, että vakavat haitat ovat harvinaisia erityisesti pienille pojille tehdyissä ympärileikkauksissa, mutta seurauksena voi joskus olla peniksen vakava vaurio, pahimmillaan jopa amputaatio. Harvinaisissa tapauksissa ympärileikkaus on johtanut pojan kuolemaan. Lieviä ja kohtalaisia haittoja esiintyy, ja ne ovat yleisempiä silloin, kun toimenpide tehdään imeväisiän jälkeen (leikki-iässä tai myöhemmin), epästeriilisti tai tekijä on kokematon. Selvityksessä ei käsitelty ei-lääketieteellisen ympärileikkauksen pitkän aikavälin haittavaikutuksia (vaikutukset seksuaalisuuteen, psykologiset haitat).

POIKIEN YMPÄRILEIKKAUS OIKEUDELLISENA KYSYMYKSENÄ

Poikien muun kuin lääketieteellisin perustein tehtyä ympärileikkausta on tarkasteltava perustuslain (731/1999) takaaman ruumiillisen koskemattomuuden sekä perustuslaissa ja uskonnonvapauslaissa (453/2003) turvatun uskonnonvapauden välisenä jännitteenä. Pienten poikien ympärileikkauksissa on otettava huomioon, että kyseessä ei ole heidän tahtoonsa perustuva uskonnonvapaus, vaan heidän vanhempiensa vapaus uskonnon harjoittamiseen. Ympärileikkauksikysymyksessä on siis tehtävä arvovalinta, painotetaanko uskonnon traditioon pohjautuvaa käytäntöä vai lääketieteen etiikasta, ihmisoikeuksista ja perustuslaista nousevaa yksilön oikeutta ruumiilliseen koskemattomuuteen. Koska pieneltä pojalta ei voida saada asianmukaista suostumusta, ympärileikkaus loukkaa yksilön vapautta ja henkilökohtaista koskemattomuutta sekä eettisestä että juridisesta näkökulmasta.

Ympärileikkaus nostaa esiin kysymyksen, ovatko poikalapset yhdenvertaisessa asemassa toisaalta ruumiillisen koskemattomuuden suhteen, toisaalta uskonnonvapauden suhteen. Perustuslaki turvaa, että kenenkään ruumiillista koskemattomuutta ei voi uskonnollisin perustein loukata. Henkilökohtaisen koskemattomuuden suoja on perusoikeus, jolla on läheinen yhteys myös perustuslaissa turvattuun yksityiselämän suojaan. Henkilökohtaisen koskemattomuuden suojaan kuuluu oikeus määrätä itsestään ja ruumiistaan. Kansainväliset Suomessa vahvistetut ihmisoikeussäännökset kieltävät sellaiset uskontoon liittyvät toimenpiteet, jotka vaarantavat terveyttä.

Lääkärin tekemä ympärileikkaus on oikeuskäytännössä katsottu rikoslain tarkoittamaksi pahoinpitelyksi (valtionsyyttäjä Päivi Hirvelän päätös 29.6.2004, dnro R 02/15). Päätöksessä on rinnastettu poikien ja tyttöjen ympärileikkaukset yhdenvertaisiksi ruumiillisen koskemattomuuden loukkauksiksi, joita voidaan pitää juridiselta kannalta perustuslain perusoikeussäännösten esitöissä mainittuna silpomisena (HE 309/1993). Perusteluissa viitataan siihen, että yhdenvertaisuusveloitteen mukaan poikien ruumiillisen koskemattomuuden suoja ei voi olla heikompi kuin tyttöjen. Kyseisessä oikeustapauksessa syytteet jätettiin kuitenkin nostamatta kohtuunäkökohtiin vedoten.

Korkein oikeus (KKO 2008:93) on antanut vastaavassa asiassa päätöksen, jonka mukaan poikansa ympärileikkauksen järjestänyt henkilö ei ole syyllistynyt poikansa pahoinpitelyyn. Lähtökohtaisesti todettiin, että ympärileikkauksen, jota ei tehdä lääketieteellisestä syystä, on mahdollista katsoa täyttävän pahoinpitelyn tunnusmerkistön. Päätöstä perusteltiin sillä, että toimenpide oli tehty pojan kannalta hyväksyttävistä uskontoon liittyvistä syistä ja että toimenpiteellä katsottiin tässä tapauksessa puuttunut pojan ruumiilliseen koskemattomuuteen kokonaisuutena arvioiden vähäisessä määrin.

Korkeimman oikeuden ennakkopäätöksen jälkeen Helsingin käräjäoikeus on 30.12.2011 antanut tuomion pahoinpitelystä kaksi poikaa ympärileikkaneelle miehelle, jolla ei ollut Suomessa hyväksytyä terveydenhuollon koulutusta. Poikien vanhempien katsottiin syyllistyneen pahoinpitelyyn yllyttämiseen, mutta heidät jätettiin tuomitsematta rangaistukseen. Perusteluissaan käräjäoikeus totesi, että KKO:n vuoden 2008 ennakkopäätös ei tarkoittanut ympärileikkauksen sallimista. Lisäksi sen jälkeen on saatettu voimaan Euroopan neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojelemiseksi biologian ja lääketieteen alalla. Sen mukaan terveyteen kohdistuvia toimenpiteitä voi suorittaa suostumuksen antamiseen kykenemättömälle vain, jos niistä on tälle välitöntä hyötyä. Tähän viitaten käräjäoikeus huomautti, että ympärileikkauksesta ihmisen on voitava päättää itse. Asia eteni korkeimpaan oikeuteen, joka vuonna 2016 hovioikeuden tapaan vapautti kaikki syytteistä. Korkeimman oikeuden mukaan kuitenkin ”muusta kuin lääketieteellisestä syystä tehty pojan ympärileikkaus sinällään täyttää pahoinpitelyrikoksen tunnusmerkistön, mutta ei ole rangaistava tilanteessa, jossa sitä voidaan pitää lapsen edun mukaisena.”

Vuonna 2015 sosiaali- ja terveysministeriö antoi poikien ympärileikkauksia koskevan ohjeen. Ei-lääketieteellinen ympärileikkaus on ministeriön mukaan toimenpide, jossa puututaan pojan koskemattomuuteen. Ohjeessa todetaan, että mikään kansainvälinen sopimus ei yksiselitteisesti kiellä poikien ei-lääketieteellistä ympärileikkausta. Ohjeen mukaan toimenpide ei kuulu julkiseen terveydenhoitoon. Toimenpide voidaan tehdä vain steriileissä ja muutenkin asianmukaisissa olosuhteissa, sen voi tehdä ainoastaan lääkäri, ja molemmilta vanhemmilta edellytetään tietoon perustuvaa kirjallista suostumusta. Toimenpidettä ei voida tehdä, jos toinen huoltaja vastustaa sitä. Poikaa on kuultava, ja hänelle on annettava riittävät tiedot ympärileikkauksesta ja sen vaikutuksista hänen ikänsä ja kehitystasonsa edellyttämällä tavalla. Ympärileikkausta ei saa tehdä pojan ilmaiseman tahdon vastaisesti, jos hän ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee ymmärtämään ympärileikkauksen merkityksen.

Ohjeessa ministeriö toteaa, että Suomi pyrkii vähentämään poikien ei-lääkietieteellistä ympärileikkausta jatkamalla vuoropuhelua uskonnollisten yhteisöjen kanssa. Samalla todetaan, että lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen 24(3) artiklan mukaan sopimusvaltiot ryhtyvät kaikkiin tehokkaisiin ja tarkoituksenmukaisiin toimiin poistaakseen lapsen terveydelle vahingollisia perinteisiä tapoja. Maahanmuuttajille ja turvapaikanhakijoille tarkoitettuihin viranomaistiedotteisiin sisällytetään tietoa poikien ei-lääkietieteellisten ympärileikkausten edellytyksistä, vaikutuksista ja mahdollisista haitoista.

Lapsiasiavaltuutettu on katsonut, että lapsen perus- ja ihmisoikeus fyysisen koskemattomuuteen tulisi suojata lailla, joka ei sallisi poikien ympärileikkausta ennen kuin poika on kykenevä antamaan oman tietoisin suostumuksensa sen tekemisen. Pohjoismaiden lapsiasiavaltuutetut ovat antaneet asiasta yhteisen saman sisältöisen lausunnon. Lapsiasiavaltuutetun mielestä poikien ruumiillisen koskemattomuuden suojan tulisi olla yhdenvertainen tyttöjen suojan kanssa.

Eduskunnan lakivaliokunnan mietinnössä (LaVM 6/2020 vp) tyttöjen sukuelinten silpomista koskevaan kansalaisaloitteeseen (KAA 1/2019) valiokunta otti kantaa myös poikien ympärileikkaukseen. Lakivaliokunta katsoo, että poikien ei-lääkietieteellisiin ympärileikkauksiin liittyy sääntelytarpeita, joita on aiheellista selvittää ja arvioida tarkemmin. Valiokunta totesi, että perustuslain suojaamaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua ilman laissa säädettyä perustetta. Poikien ei-lääkietieteellisen ympärileikkauksen sallimisen edellytyksistä ei ole säädetty lain tasolla.

Myös muissa Pohjoismaissa on keskusteltu ympärileikkauksen etiikasta ja käytännöstä. Ruotsissa laki sallii rituaalisen ympärileikkauksen, kun lapsi on alle kaksivuotias, jos toimenpiteen tekee lääkäri tai muu henkilö, joka on saanut siihen erityisluvan sosiaalihuudolliselta. Vastaava laki on Tanskassa.

LÄÄKÄRILIITON NÄKÖKULMA

Suomen Lääkäriliiton näkemyksen mukaan lainsäädännöllä ei pitäisi vahvistaa sellaisten lääkärin vaatimien tai lääketieteellisten toimenpiteiden tekemistä, joista ei ole terveyshyötyä. Lääkärin etiikan näkökulmasta lääkärin virkatehtäviin ei pitäisi kuulua uskonnollisen rituaalin suorittamista. Lääkäriliitto suosittaa, että rituaalista ympärileikkausta pyytävien vanhempien kanssa keskustellaan toimenpiteestä luopumisesta tai sen siirtämisestä ajankohtaan, jolloin poika on itse kykenevä päättämään, haluaako hän toimenpiteen vai ei. Toimenpidettä tehdessä on huolehdittava riittävästä kivunlievityksestä. Ilman lääketieteellistä perustetta tehtäviä ympärileikkauksia ei pidä tehdä julkisin varoin. Lääkärillä on aina oltava selkeä oikeus kieltäytyä suorittamasta tällaista toimenpidettä, jos häntä yritetään siihen velvoittaa. ■

Lisätietoja:

Korkeimman oikeuden ennakkopäätös (2008:93). www.kko.fi

Mäkinen E, Isojärvi J, Leipälä J. Kulttuurisista tai uskonnollisista syistä tehdyn poikien ympärileikkauksen terveyshaitat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. https://thl.fi/attachments/meka/Nopea_vastaus_Ymparileikkauksen%20haitat.pdf
Poikien ympärileikkauksia koskevaa lainsäädäntötarvetta selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:39.

Pälve H. Rituaalinen ympärileikkaus ei ole lääkärin etiikan mukaista. Suomen Lääkärilehti 2008;63:2763.

Stenman Kristina. Poikien ympärileikkaus. Selvitys kansainvälisistä ja kotimaisista käytännöistä. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2004:3.

STM:n ohje poikien ei-lääkietieteellisestä ympärileikkauksesta. STM/242/2015 20.1.2015.

Tiilikainen M (toim.). Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuudollolle. Ihmisoikeusliitto, Kajaani 2004. www.ihmisoikeusliitto.fi

THL. Maahanmuutto ja kulttuurien moninaisuus. Poikien ei-lääkietieteellinen ympärileikkaus.

Mielenterveys-, päihde- ja muistisairaat potilaat

Mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä muistisairauksien hoidossa korostuvat potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyvät periaatteelliset ja käytännölliset kysymykset. Potilaan itsemääräämiskyky voi olla alentunut, jolloin hänen oikeutensa saada apua ja hoivaa korostuu. Muistisairaudet ja jotkin mielenterveyden häiriöt voivat vaikuttaa potilaan oikeudelliseen toimintakykyyn siinä määrin, että edunvalvonta on tarpeen.

Ääritapauksissa mielenterveys- ja päihdepotilaita voidaan hoitaa heidän tahtonsa vastaisesti. Näissä tapauksissa juridisesti tiukasti määritetyn päätöksentekoprosessin ymmärtäminen on tärkeää. Muistisairaiden potilaiden tahdon vastaisesta hoidosta ei ole nimenomaisia säännöksiä. Tällaisiin toimiin voidaan turvautua vain aivan välttämättömissä tilanteissa.

Mielenterveyden häiriöiden ja päihdeongelmien hoidossa myös lääketieteen psykologiset ja yhteiskunnalliset ulottuvuudet nousevat esiin. Esimerkiksi psykoterapeuttisissa hoidoissa lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus korostaa ammatillisen roolin ja sen rajojen tiedostamista. Lääkärin on huomioitava mielenterveyden häiriöihin ja päihdeongelmiin liittyvät ennakkoluulot ja leimaantumisen sekä pyrittävä niitä vähentämään ammatillisen suhtautumisen ja lääketieteellisen tutkimustiedon avulla.



Mielenterveyden häiriöiden hoidon eettisiä erityiskysymyksiä

Lääkärien on pyrittävä vähentämään psykiatriisiin häiriöihin liittyviä ennakkoluuloja.

Mielenterveyden häiriöitä hoidettaessa korostuu lääkärin ammattiroolissa pysymisen merkitys.

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä kansantautejamme. Jokainen lääkäri kohtaa mielenterveyden ongelmista kärsiviä potilaita ja joutuu käsittelemään näiden häiriöiden hoitoon liittyviä eettisiä kysymyksiä.

Hoidossa korostuu lääketieteen kahtalainen rooli toisaalta tieteen soveltamisena, toisaalta hoitamisen taitona. Mielenterveyden häiriöiden hoidossa sovelletaan laajasti eri tieteenaloja, kuten neurobiologiaa, psykologiaa ja yhteiskuntatieteitä. Potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus vaikuttaa merkittävästi hoidon onnistumiseen kaikessa lääkärin työssä. Mielenterveyden häiriöitä hoidettaessa vuorovaikutustaidot eivät ole vain väline, vaan myös keskeinen hoitokeino, kuten esimerkiksi psykoterapioissa. Usein potilaan hoitamiseen liittyy myös psykiatrisen potilaan perheenjäsenten huomioon ottaminen, erityisesti alaikäisten lasten pärjäämisen varmistaminen.

Mielenterveysalalla eettisiä kysymyksiä joudutaan pohtimaan muun muassa hoitosuhteen vuorovaikutuksen, psykiatrisen diagnostiikan, psykoterapian ja psykofarmakologian, oikeuspsykiatrian, itsemääräämisoikeuden ja itsemurhavaaran yhteydessä. Kahta viimeksi mainittua käsitellään omissa artikkeleissaan. (Ks. [Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset](#), [Itsetuhoikäytännön tunnistaminen ja ehkäisy](#)) Mielenterveyslain (1116/1990) soveltamisesta on

julkaistu useita katsauksia. Keskeinen kansainvälinen psykiatrian arvoja määrittävä julistus on Maailman psykiatriyhdistyksen (WPA) Madridin julistus.

PSYKIATRINEN DIAGNOSTIIKKA JA SEN KÄYTTÖ

Psykiatrian etiikan periaatteelliset kysymykset koskevat mielenterveyden häiriöiden luonnetta, luokittelussa käytettäviä käsitteitä ja näiden käsitteiden käyttöä. Mielenterveyden häiriöiden luokitteluun – kuten psykiatriseen diagnostiikkaan – liittyy selkeämpiä arvoväriytyksiä kuin suureen osaan somaattisia tautiluokituksia. Psykiatriset diagnoosit ovat pääosin etiologialtaan monitahoisten oireyhtymien kuvauksia, kun taas somaattiset tautiluokat perustuvat useammin etiologiaan tai objektiivisesti mitattaviin suureisiin. Jotkin mielenterveyden häiriöt ovat kuitenkin enemmän arvoväritteisiä kuin toiset. Esimerkiksi dementia tai vakavat skitsofreeniset psykoosit määritellään häiriöiksi ilman suurempia erimielisyyksiä – paljolti kuten somaattiset sairaudet. Toisaalta esimerkiksi sopeutumis- ja persoonallisuushäiriöiden määritelmässä on enemmän arvolatausta, ja määritellyt lähestyvät yhteisöllisiä ja moraalisia ongelmia.

Etiikan kannalta on tärkeää, että lääkäri ymmärtää psykiatriseen luokitteluun liittyvät yhteisölliset arvoarvostelmat (moraaliset kannanotot) sekä yksilöllisten arvojen merkityksen diagnostiikkaa pohdittaessa. Psykiatrisilla diagnooseilla on erilaisia seurauksia kuin somaattisilla sairauksilla. Mielenterveyslain mukaan ainoastaan ”mielisairaaksi” luokiteltuja aikuisia voidaan hoitaa heidän tahdostaan riippumatta, myös tilanteissa, joissa he eivät ole muille vaarallisia. Lisäksi psykiatriset diagnoosit (kuten eräät somaattiset tilat) koetaan usein leimaaviksi: diagnoosin saaneeseen henkilöön liitetään, tai hän liittyy itse, erilaisia diagnoosiin suoraan liittymättömiä kielteisiä ominaisuuksia, kuten vaarallisuuden tai huonon hoitomyöntyvyyden. Lääkärien on toimittava aktiivisesti – asiantuntijoina ja esimerkkinä – leimaavuuden vähentämiseksi. Esimerkiksi psykiatristen potilaiden somaattiset ongelmat sekä sairauksien ennaltaehkäisy, mukaan lukien rokotukset, suun terveydenhuolto, painonhallinta ja liikunta, pitää hoitaa yhtä hyvin kuin muidenkin potilaiden.

HOITOSUHTEEN ETIIKKA JA AMMATILLISET ROOLIRAJAT

Vuorovaikutussuhteen merkitys mielenterveyden häiriöiden hoidossa korostaa potilas–lääkärisuhteen etiikan ja ammattiroolissa pysymisen merkitystä. Lääkäriin moraalin kannalta on olennaista, että hän saa tyydytystä ammatillisesta roolistaan ja työstään, ei potilaan tapaamisesta sinänsä tai esimerkiksi hyötymisestä potilaan kustannuksella taloudellisesti.

Lääkäriin ammattieettinen itsekontrolli ja ammattiroolissa pysyminen korostuu, koska mielenterveyden häiriöistä kärsivät potilaat ovat monin tavoin alttiita hyväksikäytölle. Psykiatrisiin häiriöihin liittyvät kognitiiviset tai emotionaaliset ongelmat voivat altistaa potilaan hyväksikäytölle tavanomaista herkemmin, vaikka hän juridisesti olisi täysivaltainen. Toisaalta psyykkisiä ongelmia hoidettaessa käsitellään hyvin henkilökohtaisia, arkaluonteisia ja tunteita herättäviä asioita, jotka korostavat potilas–lääkärisuhteen vallan epäsymmetriaa. Samalla potilaassa voi herätä hoitavaan lääkäriin kohdistuvia voimakkaitakin tunteita. Vastatunteita herää myös lääkäriin. Näiden tekijöiden tunnistamatta jääminen tai tietoinen väärinkäyttö voi johtaa roolirajojen rikkoutumiseen, potilaan hyväksikäyttöön ja hänen vahingoittamiseensa.

Ammatillisten roolirajojen ongelmat voidaan jakaa roolirajojen ylityksiin ja roolirikkomuksiin. Roolirajojen ylitys on kuvaileva käsite, jolla tarkoitetaan toimintaa, joka ei vastaa ammattilaisen tavanomaista käytöstä tai häneltä odotettavaa ammatillista toimintatapaa. Keskeistä on erottaa ammatillinen rooli muista rooleista. Roolirikkomus on potilaalle vahingollinen roolirajojen ylitys. Roolirajat suojaavat potilasta hyväksikäytöltä ja myös mahdollistavat sellaisen hoidollisen kohtaamisen, jossa potilas kykenee luottamaan lääkäriinsä ja tuomaan esiin vaikeitakin asioita.

Mielenterveyden häiriöitä hoidettaessa roolirajojen ylityksiä voivat olla esimerkiksi psykoterapeutin kertomukset omasta elämästään ja ongelmistaan, potilaan tapaaminen hoitosuhteen ulkopuolella tai muu yhteistyö hänen kanssaan, liiallinen tuttavallisuus tai fyysinen kontakti, laskutuskäytännöistä joustaminen tai poikkeuksellisten lahjojen vastaanottaminen. Roolirajojen yleinen määrittely on kuitenkin mahdotonta, koska erilaisissa hoitosuhteissa ja erilaisilla psykoterapeuttisilla viitekehyksillä on hyvinkin erilaiset rajat. Roolirajojen ylitykset eivät välttämättä ole haitallisia, mutta lääkärin on tärkeä tunnistaa ne, jotta hän osaa tarvittaessa hakea työnohjauksellista apua.

Roolirikkomuksia ovat esimerkiksi potilaan taloudellinen hyväksikäyttö, vaitiolovelvollisuuden rikkominen, potilaan käyttö terapeutin omien ongelmien hoitamiseen, potilaan hylkääminen kriisitilanteessa ja sopimaton kielenkäyttö tai fyysinen kontakti. Hyväksikäyttöriskin vuoksi on syytä varoa kaikenlaisia kaksoisrooleja, eikä esimerkiksi sukulaisten tai tuttavien psykoterapeuttina toimiminen yleensä onnistu. Äärimmäinen roolirikkomus on seksuaalinen kanssakäyminen potilaan kanssa. Psykiatrian ammatilliset järjestöt eivät hyväksy seksuaalista kanssakäymistä psykiatrin ja potilaan välillä riippumatta siitä, kenen aloitteesta tämä tapahtuu. Kyseessä on vakava ammattistandardin rikkominen ja potilaan hyväksikäyttö.

ERIKOISTUNUT PSYKOTERAPIA

Lääkärit käyttävät työssään monenlaisia vuorovaikutuksellisia keinoja, joita voi pitää psykoterapeuttisina. Psykiatriassa sovelletaan lisäksi erikoistuneita psykoterapeuttisia tekniikoita, joihin on olemassa erityiskoulutus. Psykoterapia on ainakin osittain jatkumo, eikä sen tarkka määrittely ja rajaaminen ole helppoa. Psykoterapeutti on Valvuran myöntämä terveydenhuollon ammattinimike. Psykoterapeutteja sitovat terveydenhuollon ammattihenkilön juridiset velvollisuudet. Virallisesti psykoterapiaa antavat vain psykoterapeutit.

Psykoterapian yksiselitteinen määrittely ei ole etiikan kannalta keskeistä, eikä psykoterapeutinimikkeen puuttuminen vapauta lääkäriä hoitosuhteen eettisistä velvollisuuksista. Psykoterapian eettiset kysymykset korostuvat erikoistuneessa psykoterapiassa, ja ammattistandardi on erityisen korkea, mutta samat haasteet koskevat eriasteisesti kaikkia potilaan ja lääkärin vuorovaikutussuhteita.

Maailman psykiatriyhdistyksen antamaan Madridin julistukseen sisältyy psykoterapian etiikka. WPA korostaa psykoterapian etiikan yhtäläisyyksiä lääketieteen yleiseen etiikkaan ja muihin lääketieteellisiin hoitomuotoihin. Lääkärillä on oltava riittävä koulutus soveltamiinsa hoitomenetelmiin. Valittujen psykoterapiamenetelmien pitää perustua tieteeseen ja kliiniseen kokemukseen. Ennen hoidon aloittamista ammattilainen arvioi diagnostiikkansa perusteella sopivat hoitomenetelmät yhdessä potilaan kanssa. Lääkkeitä ja psykoterapiaa on käytettävä yhdessä tarpeen mukaan. Psykoterapiasuhteen epäsymmetrinen valta-asetelma on pidettävä koko ajan mielessä, eikä minkäänlaisia roolirikkomuksia voi hyväksyä.

OIKEUSPSYKIATRIA

Oikeuspsykiatrian synty ja sen etiikan ydinkysymykset ovat seurausta yhteiskunnallisesta tarpeesta erottaa tietoisesti ja tarkoituksella tehdyt rikolliset teot muista. Tätä on pidetty yhtenä sivistyneen yhteiskunnan peruseriaatteena antiikin ajoilta asti. Oikeuspsykiatria syntyi tämän tarpeen medikalisoinnista. Nykyisin oikeuspsykiatrialla on monia muitakin tehtäviä.

Oikeuspsykiatrin etiikan ja psykiatrian etiikan ero kulminoituu kysymykseen, kenen hyväksi lääkäri toimii. Onko oikeuspsykiatrin ja tutkittavan välillä potilas–lääkärisuhde? Pitääkö oikeuspsykiatrin ajatella potilaan/tutkittavan parasta missään määrin?

Lääkäri pyrkii toimimaan potilaan parhaaksi tai ainakin välttämään potilaan vahingoittamista. Oikeuspsykiatriassa lääkärin lausuntojen seuraukset voivat sen sijaan olla selvästi potilaan etujen vastaisia. Oikeuspsykiatri ei voi moraalisesti sitoutua ajamaan pelkästään potilaansa etua. Toisaalta lääkäri ei voi myöskään siirtyä yhteiskunnan tai muun toimeksiantajansa yksipuoliseksi asianajajaksi. Tilanne ei tarkoita vapautusta ammattietiikasta, vaan oikeuspsykiatrialle spesifin etiikan tarvetta. Keskeistä on oikeuspsykiatrian ydintehtävästä seuraava tarve toimia kaikkien osapuolten luottamuksen ansaitsevana asiantuntijana. Tämä lääkärin ristiriitainen rooli yhteiskunnalliseen tarpeeseen vastaavana asiantuntijana ja potilaan auttajana on arkipäivää monella muullakin lääketieteen alalla, käytännössä sairauslomatodistuksien kirjoittamisesta alkaen. ■

Lisätietoja:

Korkeila J. Pakkohoito: milloin ja miten? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2006;122(18):2251–7.

Madridin julistus (Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice), World Psychiatric Association. <https://www.wpanet.org/current-madrid-declaration>

Putkonen H, Huttunen M. Oikeuspsykiatria Suomessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim; 2007;123(19):2361–2.

Pylkkänen K, Eskola J, Hemmi A. Pakon käyttö psykiatriassa – lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia? Suomen Lääkärilehti 2010;65:3332–37.

Repo-Tiihonen E, Putkonen A, Tuppurainen H. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2012;128(22):2336–43.

Itsetuhokäyttötymisen tunnistaminen ja ehkäisy

Lääkärin etiikan peruseriaatteisiin kuuluu elämän kunnioittaminen. Jokaisella ihmisellä on oikeus elämään ja oikeus saada apua, jos elämä on uhattuna.

Itsemurhien ehkäisy on hyväksytty Suomessa terveydenhuollon yleiseksi tavoitteeksi. Lääkärien pitää kehittää taitojaan itsemurhavaarassa olevien ihmisten tunnistamiseksi ja hoitamiseksi. Lähes kaikilla itsemurhan tehneillä on taustalla mielenterveyden häiriö.

Suora itsetuho sisältää itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset ja itsemurhan, jotka kaikki voidaan tulkita saman prosessin eri vaiheiksi. Itsemurhayritystä yleensä edeltää itsemurhan ajattelu ja usein myös sen suunnittelu. Itsemurha-ajatukset ovat yllättävän yleisiä. Väestöstä 10–20 prosentilla arvioidaan vuoden aikana olevan itsemurhaan liittyviä ajatuksia. Niistä etenee yritykseksi vain noin kymmenesosa. Itsemurhaa yrittäneistä itsemurhan tekee seuraavan vuoden kuluessa vain yksi sadasta ja koko elämänsä aikana yksi kymmenestä. Puolet kaikista itsemurhan tehneistä ei ole yrittänyt itsemurhaa aiemmin, vaan kuolema seuraa jo ensimmäistä yritystä. Itsetuhoisuuden ja siihen liittyvän itsemurhavaaran kliininen arvio on tärkeä mutta samalla haastava osa normaalia lääkärin työtä. Lasten ja nuorten itsetuhokäyttötyminen on tärkeää tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja siihen pitää puuttua nopeasti.

Itsemurha on osa laajempaa itsetuhokäyttötymisen käsitettä. Epäsuoraa itsetuhoa on kaikki sellainen käyttötyminen, johon liittyy itsetuhon riski tai josta seuraa pitkän ajan kuluessa merkittävää terveydellistä haittaa. Riskikäyttötyminen kuuluu ihmisten arkipäivään, joten itsetuhoisuuden käsite on nähtävä suhteellisena. Tällaista käyttötymistä on esimerkiksi keskeisten terveyttä ylläpitävien lääketieteellisten hoitojen laiminlyönti tai runsas alkoholin käyttö. Itsensä viiltely on jo suurempaa itsetuhoista käyttötymistä. Toisaalta hyvin tapaturma-alttiita harrastuksia tuskin voi lukea itsetuhokäyttötymiseksi. Lääkärin tehtäviin kuuluu potilaan huomion kiinnittäminen lääketieteellisesti tunnettuihin riskeihin. (Ks. **Terveyden edistäminen ja terveystneuvonta**)

TAUSTALLA USEIN MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ

Lähes kaikilla itsemurhan tehneillä on taustalla mielenterveyden häiriö, useimmiten depressio (2/3) ja hyvin usein päihdehäiriö (1/3), persoonallisuushäiriö (1/3) tai psykoosi (1/4). Itsemurhan tehneistä puolet on ollut päihdeiden vaikutuksen alaisena. Lätkäillä itsemurhan tehneillä henkilöillä on lisäksi usein vakava tai krooninen ruumiillinen sairaus. Itsemurhavaarassa olevien – erityisesti depressiopotilaiden – terveydentilan puutteelliseen diagnostiikkaan ja hoitoon on kiinnitetty vakavaa huomiota.

Tutkimukset osoittavat, että itsemurhan tehneen tilanne juuri ennen itsemurhaa on useimmiten ollut kaoottinen ja hallitsematon. Vaikka tekoon liittyy suunnitelmallisuutta, ei suunnitelmallisuus ulkopuolisen arvion mukaan useimmiten ole rationaalisuutta, vaan vahvasti depressiivisen mielialan ja muiden voimakkaiden tunteiden tai realiteettitestauksen vääristymien sävyttämää. Niin sanottu rationaalinen itsemurha on harvinainen tapahtuma. Useimmat itsemurhaa aiemmin yrittäneet eivät toista yritystään.

Lääkärin etiikan peruseriaatteisiin kuuluu elämän kunnioittaminen. Jokaisella ihmisellä on oikeus elämään ja jokaisella on myös oikeus saada apua, jos elämä on uhattuna. Lääkärin on huomioitava potilaan itsetuhoisuuden mahdollisuus, ja selkeään itsemurhavaaraan on puututtava.

Suomalaisen lainsäädännön mukaan itsemurhavaara ei sinänsä mahdollista tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa. Tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksenä on samanaikainen psykoottisuus, eli selvä todellisuudentajun vääristyminen. Tätä on kuitenkin usein vaikea arvioida esimerkiksi päivystyksessä. Voi olla perusteltua lähettää itsetuhoinen potilas M1-lähetteellä sairaalaan, jos herää epäily, että hänellä on psykoosi. Alle 18-vuotias itsemurhavaarassa oleva potilas, jolla on lisäksi vakava, mutta ei välttämättä psykoottinen mielenterveyden häiriö, voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon.

Lääkärin on aina otettava huomioon itsemurhariski, kun hän määrää itsetuhoiselle potilaalle lääkkeitä. Vaarallisten itsemurhavälineiden ja -menetelmien saatavuutta on pyrittävä muutenkin rajoittamaan. Ampuma-asetelaki (1/1998) ja -asetus (145/1998) edellyttävät, että lääkäri ilmoittaa poliisille henkilöstä, joka on 1) todettu mielentilatutkimuksessa, vaarallisuusarviossa tai muussa oikeuspsykiatrisessa tutkimuksessa itselleen tai toiselle vaaralliseksi; tai 2) itsemurhayrityksen vuoksi otettu tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon ja lääkäri tämän hoidon aikana tehdyn arvion perusteella katsoo hänen olevan sopimaton pitämään hallussaan ampuma-asetta, aseensa osaa, patruunoita tai erityisen vaarallisia ammuksia. (Ks. Salassapitovelvollisuus ja sen poikkeukset)

Itsemurhavaara on usein poissulkukriteerinä lääketieteellisten interventiotutkimusten potilasvalinnoissa. Tämä koskee etenkin depressiotutkimuksia. Niissä lumelääkkeitä saaneiden itsemurhavaaran ei ole kuitenkaan havaittu suurentuneen verrattuna aktiivilääkettä saaneisiin, jos vakavassa itsemurhavaarassa olevat on jätetty tutkimuksen ulkopuolelle. Siten itsemurha-ajatukset sinänsä eivät ole ehdoton este pätevän suostumuksen antamiselle ja tällaiseen tutkimukseen osallistumiselle.

Oikeus elämään on vahva ihmisoikeus, jota yhteiskunta on velvollinen tukemaan ja suojaamaan silloinkin, kun ihminen itse ei sen arvoa näe. Se, että ihminen riistää henkensä, koskettaa koko yhteisöä. Jo itsemurhan uhka ja itsemurhayritys vaikuttavat voimakkaasti omaisiin ja muihin ihmisiin. Itsemurhaa suunnitteleva ei aina kykene ymmärtämään, että teko on peruuttamaton, että siihen kuolee ja että se haavoittaa myös muita. Lääkärit ovat ammattikuntana lähimpänä itsemurhariskille alttiita ihmisiä, ja lääkäreiden on kehitettävä taitoja, joilla he tunnistavat ja hoitavat näitä henkilöitä.

ITSEMURHIEN EHKÄISY

Itsemurhien ehkäisy on hyväksytty Suomessa terveydenhuollon yleiseksi tavoitteeksi. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) verkkosivuille on koottu työkaluja itsemurhien ehkäisyyn esimerkiksi kouluissa ja työpaikoilla. Yleisten itsemurhan ehkäisyä koskevien ohjeiden mukaan toimenpiteitä pitää kohdistaa väestöön (yleinen ennaltaehkäisy, valistus), suuririskisiin väestöryhmiin (valikoiva ennaltaehkäisy, masennuksen tunnistaminen) ja itsetuhoisiin henkilöihin (kohdistettu ennaltaehkäisy, hoidon parantaminen).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 sisältää 36 ehdotusta toimenpiteiksi itsemurhakuolemien estämiseksi Suomessa. Toimenpiteet koskevat asenteisiin vaikuttamista, itsemurhakeinoihin vaikuttamista, varhastuen tarjoamista, riskiryhmien tukemista, hoidon kehittämistä, mediaosaamisen lisäämistä sekä tietoperusteisuuden ja tutkimuksen vahvistamista. ■

Lisätietoja:

Duodecim. Käypä hoito. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. <https://www.kaypahoito.fi/hoi5012>
Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y
Masentunut nuori – Miten tunnistan, arvioin ja hoidan perustasolla? Suomen Lääkärilehti 2019;74:1415–20. Katsaus-artikkeli 31.5.2019, 22/2019
Solin P, Partonen T. Tunnista itsemurhan vaara! Duodecim 2017;133(15):1405-10.
Suomalainen L, Seilo N, Haravuori H, Marttunen M. Nuoren viiltely ja muu itsetuhoinen käyttäytyminen. Duodecim 2018;134(8):857-64.
Tamminen T. Lapsen masennus. Duodecim 2010;126(6):627-33.
Työkaluja itsemurhien ehkäisyyn: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy/tyokaluja-itsemurhien-ehkaisyyn>

Potilaan päihdeongelma

Päihderiippuvuus on sairaus, joka ulottuu monille elämäniloille ja johon liittyy paljon kielteistä leimaavuutta. Sitä pitää hoitaa samoin lääketieteellisin, hoidollisin ja eettisin perustein kuin muitakin aaltoilevia pitkäaikaisairauksia.

Hoidon tavoitteet pitää asettaa potilaskohtaisesti, ja tulokset suhteutetaan potilaan lähtötilanteeseen. Riippuvuuskäyttämisen vähentyminenkin on positiivinen hoitotulos.

Päihteiden käyttö on yhteiskunnallisesti merkittävä terveydellinen, sosiaalinen ja taloudellinen ongelma. Yksilölle ja hänen läheisilleen riippuvuustasoinen päihteiden käyttö voi olla vaikea sairaus, jonka vaikutukset ulottuvat monille elämäniloille. Lääkärin velvollisuus on pyrkiä ehkäisemään päihteiden toiminnallisten riippuvuuksien aiheuttamia haittoja. Asenteellisesti tämä edellyttää päihdekäytön selvittämistä, ongelmiin puuttumista ja potilasta leimaamatonta hoitoa, kuten muissakin kansansairauksissa.

Riippuvuussairauksiin ja niiden syihin liittyy vielä runsaasti ennakoasenteita, tuomitsemista ja väärinkäsityksiä. Päihderiippuvuutta pidetään usein enemmän moraalisenä ja sosiaalisenä ongelmana kuin sairautena. Nykykäsityksen mukaan päihderiippuvuus on neurobiologinen sairaus, jolla on psykologinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Kaikki kolme ulottuvuutta vaikuttavat sekä ongelman syntyyn että sen hoitoon. Tämä tekee päihdepotilaiden hoidosta ja hoitojärjestelmien rakentamisesta haastavaa.

LEIMAAMINEN HOITOJÄRJESTELMÄSSÄ

Päihdeongelmia pidetään usein itse aiheutettuina. Näin pyritään oikeuttamaan päihdepotilaiden huonompi kohtelu muihin potilaisiin verrattuna. Samanaikaisesti kuitenkin hyväksytään laajasti se, että muita osittain itse aiheutettuina pidettyjä tauteja – esimerkiksi diabetesta, verenpainetautiä, ylipainoa tai urheiluvammoja – hoidetaan julkisin varoin suuremmin moralisoimatta. Päihdepotilaita jää yhä vaille hoitoa, koska hoitoon hakeutuminen on vai-

keaa häpeän, leimaantumisen pelon, heikentyneen toimintakyvyn tai hallitsemattoman riippuvuuskäyttötymisen vuoksi. Lääkärit voivat vähentää leimaamista ja parantaa päihdepotilaiden hoitoa tuomalla esiin, että päihderiippuvuus on sairaus, jota voidaan tuloksellisesti hoitaa, ja että hoitoa kannattaa siksi aina kokeilla.

Esimerkiksi opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito on näyttöön perustuvaa hoitoa. Siitä huolimatta hoito herättää yhä tunteita ja kiistoja. Hoidon tavoitteena on paitsi parantaa potilaan terveyttä ja toimintakykyä, myös kohentaa hänen psykososiaalista tilannettaan (muun muassa päihdeverkostosta irtaantuminen) ja vähentää potilaan aiheuttamia yhteiskunnallisia haittoja (muun muassa rikollisuus ja tartuntataudit). Korvaushoito on hyötyjensä vuoksi eettisesti perusteltua, vaikka vieroitus itse lääkkeestä ei onnistuisi tai riippuvuuskäyttötyminen ei loppuisi. Tilanne on verrattavissa moneen pitkäaikaista lääkitystä edellyttävään krooniseen sairauteen.

HOITOSUHTEEN HAASTEITA

Päihdeiden käyttö on arkipäiväistänyt Suomessakin, erityisesti alkoholin ja kannabiksen käyttö. Osalle potilaista siitä on muodostunut tärkeä osa omaa elämäntyyliä, eikä siitä haluta luopua. Tämä vaikeuttaa asiasta keskustelua myös lääkärin vastaanotolla osana potilaan muun terveydentilan hoitoa. Terveystieteiden ammattilaisesta saattaa tuntua vaikealta puuttua yksityiseksi miellettyyn asiaan, etenkin jos siitä ei ole vielä syntynyt haittoja. Alkoholi on kuitenkin varsin monen somaattisen sairauden merkittävä riskitekijä. Varhainen puuttuminen on kansanterveydellisestä ja potilaan edun näkökulmasta erityisen tärkeää, jotta päihdekäytön haittoja voidaan ehkäistä.

Lääkäri kohtaa päihdeongelman usein, kun tämä hakeutuu hoitoon psyykkisen oireilun takia tai joutuu hoitoon päihdeiden käytön aiheuttaman somaattisen komplikaation vuoksi. Näissä tilanteissa lääkärit ja muu hoitohenkilökunta helposti laiminlyövät puuttumisen itse päihdeongelmaan ja keskittyvät vain hoitamaan akuuttia tilannetta. Taustalla voi olla terapeutin pessimismi, turhautuminen tai ajatus, että päihdepotilaat kuuluvat ensisijaisesti sosiaalitoimen tai poliisin hoivaan. Päihdeongelmaan pitäisi aina tarjota myös spesifistä hoitoa, etenkin kun vaikuttavuudesta on näyttöä. Tämän vuoksi ei ole eettisesti oikein jättää päihdeongelmaa hoidotta.

Riippuvuussairauksissa on kyse myös motivaatiojärjestelmän häiriöstä, ja tämä vaikuttaa potilaan kykyyn hakeutua ja sitoutua hoitoon. Yksi hoidon tehtävä onkin motivaation vahvistaminen. Työntekijän vuorovaikutustyyli voi tukea hoitomotivaatiota merkittävästi. Toisaalta riippuvuus on eriasteista oman käytöksen tai aineen käytön hallinnan menettämistä, joten potilaan kykyä autonomiseen päätöksentekoon on tältä osin rajoittunut. Päihdekäytön takia potilaalla voi olla myös selviä neuropsykologisia puutoksia. Siksi ei voida olettaa, että potilas pystyy itse ottamaan kaikissa tilanteissa vastuuta hoidostaan.

Mitä vaikeampi riippuvuus, sitä enemmän hoidon tukena tarvitaan ulkopuolista auktoriteettia, joka sääntöjen, sopimusten ja normien avulla hallitsee riippuvuuskäyttötymistä. Säännöt eivät saa muodostua rangaistuksiksi tai muuten kohtuuttomiksi, vaan niiden on oltava hoidollisesti perusteltuja. Eettisestä näkökulmasta on tärkeää arvioida koko ajan, että oma toiminta on hoidollisesti perusteltua eikä esimerkiksi kuvasta omia tai yhteisön moraalisia näkemyksiä. Rehellisyyden ja luottamuksellisuuden tukeminen edellyttää hoidollisia aselempiä, joissa totuudessa pysymisestä ja sosiaalisten normien mukaisesta käytöksestä on hyötyä myös potilaille. Jos sairauspäivärahan, ajokortin tai jopa hoidon saamisen edellytys on päihdeongelman kieltäminen, ei totuudessa pysymistä voi odottaa.

Lähes kaikki lääkärit kohtaavat lääkeriippuvaisia potilaita. Lähtökohtaisesti lääkeriippuvuutta ei voi pitää riittävänä lääketieteellisenä perusteena vaatia lääkkeitä, vaan tilanne on arvioitava tapauskohtaisesti. Lääkeriippuvaiset potilaat ovat hyvin erilaisia. Lääkäriin on oltava kaikissa tilanteissa se, joka lääketieteellisin perustein harkitsee, kuinka potilaan kokonaistilanne voidaan ottaa huomioon ja kirjoitetaanko resepti. Parhaat edellytykset asianmukaiseen hoitoon ovat vakiintuneessa hoitosuhteessa, jossa voidaan harkita hoidon yksilöllisiä tavoitteita.

Yhä useampi lääkäri joutuu vastaanotolla tekemisiin huumeita käyttävien potilaiden kanssa, varsinkin kannabiksen käyttäjien kanssa. Huumeet saattavat aiheuttaa terveydenhuollon ammattilaisissa paljon voimakkaampia negatiivisia tunteita kuin alkoholi, koska ne ovat monille vielä melko vieraita. Kun kyseessä on nuori, kannabiksen käyttöön saatetaan suhtautua liian tunnepitoisesti ja jyrkästi. Tällöin nuoret voivat jäädä ilman tarvitsemaansa hoitoa ja kokevat tulevansa hoitojärjestelmän leimaamiksi. Tieto huumeista, varsinkin kannabiksesta, muuttuu ja tarkentuu koko ajan. Siksi kannattaa välttää liian voimakkaita kannanottoja, jotta nuori saadaan sitoutumaan hoitoonsa.

Lääkäriin oman jaksamisen varmistamiseksi ammatillinen suhtautuminen on erityisen tärkeää, kun hoidetaan vaikeasti päihderiippuvaisia potilaita tai potilaita, joilla on päihde- tai persoonallisuushäiriö. On otettava huomioon, että päihdeiden käyttäjä on voinut omassa elinympäristössään kokea vuosikausia monenlaista hyväksikäyttöä. Tämä vaikuttaa hänen suhtautumiseensa muihin ihmisiin. Lääkäriin on pyrittävä tukemaan ja ymmärtämään potilasta pitäen samalla mielessä, ettei vahva empaattinen eläytyminen potilaan mahdollisesti väärisiin tunnekokemuksiin ole hoidollisesti perusteltua.

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN RAJAAMINEN PÄIHDEONGELMAN VUOKSI

Potilaan itsemääräämisoikeus on ensisijainen eettinen periaate myös päihdeongelman hoidossa. Itsemääräämisoikeuden rajoittamisen hoidollisiin perusteisiin on kiinnitettävä erityistä huomiota. Muuten on riskinä, että ilmapiirissä, jossa päihdeongelmat tuomitaan moraalisesti, potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan rankaisun tai sosiaalisen kontrollin motiivilla. Päihdeongelmissa on joskus vaikeaa havaita sosiaalisen kontrollin ja perustellun hoitotoimenpiteen välinen raja. Lääkäriin luonteva rooli on tuoda keskusteluun tieteellisiä asia-argumentteja ja huolehtia siitä, että itsemääräämisoikeuden rajaukset tehdään hoidollisiin perusteisiin.

Alkoholin aiheuttamat sikiövauriot on osoitettu selkeästi, mutta muiden päihdeiden mahdollisista riskeistä sikiölle on vähemmän tietoa. Raittius on varma tapa välttää päihdeiden aiheuttamilta sikiövaurioilta. Siksi on keskusteltu pakko- ja vapaaehtoisesta hoidosta, kun raskaana oleva nainen ei kykene lopettamaan sikiötä vaurioittavaa päihdeiden käyttöä edes vapaaehtoisen hoidon avulla.

Suomen Lääkäriliiton näkemyksen mukaan itsemääräämisoikeuden rajoitukset voivat olla perusteltuja raskauden aikana, jos ne ovat välttämättömiä sikiön turvallisen kehityksen varmistamiseksi. Käytännössä päihdeäidit eivät halua vaurioittaa tulevaa lastaan, mutta voivat olla riippuvuussairauden vuoksi kykenemättömiä pidättäytymään päihdeistä ilman ulkopuolista tukea. Terveen lapsen syntyminen on siis äidinkin toiveena ja sekä äidin että lapsen etujen mukaista. Yksi eettisesti merkittävä raja ylitetään, kun äiti päättää, ettei aio keskeyttää raskautta. Kun lapsi on päätetty pitää, ei lääkäriin etiikan näkökulmasta ole suurta eroa, vaarannetaanko sen terveys ennen vain jälkeen synnytyksen. (Ks. [Synnymättömän ihmisarvo ja oikeudet](#))

Lastensuojelulain 25 c §:n mukaan on jo raskauden aikana tehtävä ennakkollinen lastensuojeluilmoitus, jos on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tarvitsee lastensuojelun tukitoimia heti syntymänsä jälkeen.

ALAIKÄISET

Alaikäisten ei ole lain mukaan luvallista käyttää päihteitä, mutta silti eri aineiden kokeilu alkaa useimmiten nuoruusiässä. Ennaltaehkäisyyn keskeinen tavoite on siirtää myös kulttuurissamme hyväksytyjen päihteiden käytön, kuten alkoholin käytön aloittamista mahdollisimman myöhäiseen ikään. Tämä vähentää päihderiippuvuuden kehittymisen riskiä.

Alaikäistä hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jos hän ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan. Tällöin hän päättää myös terveydentilaansa ja hoitoansa koskevien tietojen luovuttamisesta. Muussa tapauksessa häntä hoidetaan yhteisymmärryksessä huoltajan tai muun laillisen edustajan kanssa. Alaikäisen mielipidettä on siinäkin tapauksessa kuultava. Alaikäisen tilanne ja hänen suostumuksensa tietojen antamiseen ja hoitoon on selvitettävä.

Päihtymys vaikuttaa alaikäisen mahdollisuuteen tehdä itseään koskevia päätöksiä. Kun nuori hakee apua päihteiden käyttöönsä, lääkäri joutuu pohtimaan, pitäisikö asiassa ottaa yhteyttä tämän vanhempiin. Lääkäri punnitsee tällöin luottamusta, hoitosuhteen rakentamista ja salassapitovelvollisuutta. Jos perheen tilanne mahdollistaa vanhempien mukanaolon, heistä on yleensä todettu olevan hyötyä hoidettaessa nuorten päihdeongelmia. Jos nuori ei suostu ottamaan vanhempia mukaan hoitoon ja päihteiden käyttö jatkuu rajuna hoidosta huolimatta, on syytä tehdä lastensuojeluilmoitus. Laki velvoittaa ilmoittamaan lastensuojeluviranomaisille lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelun tarpeen selvittämistä.

Jos päihteen ongelmakäyttö tulee ilmi esimerkiksi myrkytyksen tai muun päivystystilanteen vuoksi, asiasta pitää aina ilmoittaa lastensuojeluun. Yleensä on perusteltua kertoa ilmoituksesta myös nuorelle ja vanhemmille. Ilmoittaminen vanhemmille ei kuitenkaan saa johtaa nuoren tilanteen vaikeutumiseen. ■

Lisätietoja:

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositus. Riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. Osa 1: Alkoholiriippuvuus. <https://palveluvalikoima.fi/alkoholiriippuvuus> Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia; Painopiste preventioon - Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>

Behm, M-M. (2015). Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla. Eettisten periaatteiden toteutuminen. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 311. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Mauri Marttunen, Bettina von der Pahlen. Päihdehäiriöiden kehittymistä voidaan ehkäistä, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(19):2051-6.

Kantonen J. Päihtynyt potilas poistui päivytyksestä. Suomen Lääkärilehti 2009;64:3449-50.

Vorma H, Kuoppasalmi K. Yleiskatsaus: Bentsodiatsepiiniriippuvuus ja sen hoito. Suomen Lääkärilehti 2005;60;1279-82.

Hanna Kahila, Kaisa Kivistö. Huumeet ja raskaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2019;135(2):131-7. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen.

Mäkelä K. Päihdeäitien hoito ja valvonta. Yhteiskuntapolitiikka-lehti 2009;74:195-201.

Muistisairaahan potilaan hoito

Etenevät muistisairaudet ovat kuolemaan johtavia sairauksia, jotka edetessään heikentävät sairastuneen henkilön tiedonkäsittelykykyä huomattavasti. Ne diagnosoidaan nykyisin varhain. Heikentynyt käsitys- ja päättelykyky vaikeuttavat ihmisen osallistumista itseään ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tästä seuraa merkittäviä haasteita hoito- ja tutkimustilanteissa, koska sairastunut henkilö ei ymmärrä, mitä tehdään ja miksi.

Hoidon eettiset ongelmat liittyvät kysymyksiin muistisairaahan potilaan itsemääräämisoikeuden ja -kyvyn suhteesta hoidon ja suojelun tarpeeseen. Lisäksi ne liittyvät kysymyksiin muiden somaattisten sairauksien hoidosta ja elämänylläpitävistä toimenpiteistä sairauden loppuvaiheessa.

Omaisten merkitys ja mukaan ottaminen hoitoon, jos potilas tähän suostuu, ovat korostuneen tärkeitä muistihäiriöpotilaiden hoidossa.

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Kun muistisairaus todetaan varhaisessa vaiheessa, potilas ymmärtää yleensä hyvin sairauden merkityksen ja ennusteen. Sairauden varhaisessa vaiheessa on hyvä keskustella potilaan kanssa myös tulevista tilanteista ja kehottaa häntä kirjaamaan hoitotahtonsa sekä laatimaan edunvalvontavaltuutus. Sairastunut on yleensä vielä oikeustoimikelpoinen lievän dementian vaiheessa, joten myös erilaiset taloudelliset järjestelyt ja esimerkiksi testamentin tekeminen ovat mahdollisia.

Itsemääräämiskyky ei muistisairauden edetessä häviä äkillisesti vaan vähenee liukuen ja on aina suhteessa tehtävän päätöksen monimutkaisuuteen. Henkilö voi sairauden lievässäkin vaiheessa olla kyvytön ymmärtämään hyvin monimutkaisen testamentin tai taloudellisen järjestelyn seurauksia. Vaikeasti dementoitunut voi kyetä päättämään yksinkertaisista asioista, kuten päivärytmistään ja ruokavaliosta. Eettisiä ongelmia voi syntyä sekä kotona että palvelutaloissa silloin, kun yksilön oikeus elää omanlaistaan elämää on ristiriidassa omaishoitajan tai muiden asukkaiden oikeuksien kanssa. Omaisten merkitys ja ottaminen mukaan hoitoon – sairastuneen henkilön sen salliessa – ovat korostuneen tärkeitä muistihäiriöpotilaiden hoidossa. (Ks. [Oikeudellinen toimintakyky ja edunvalvonta](#))

Sairauden edetessä päivittäisistä asioista suoriutuminen heikentyy ja usein myös oiretiedostus vaikeutuu. Hoitokielteisyyttä alkaa esiintyä, kun sairastunut henkilö ei enää ymmärrä olevansa huolenpidon tarpeessa. Potilaan itsemääräämisen ja hänen terveytensä ja turvallisuutensa suojelun välillä voi olla merkittävä ristiriita. Tällöin on syytä huolella pohtia hoidon ja hoitamatta jättämisen hyödyt ja haitat. Vähemmän tärkeiden lääkkeiden käytön voi lopettaa, eikä kaikkien tarvitse käydä pesulla päivittäin. Toisaalta asiaan on välttämätöntä puuttua myös vastoin potilaan tahtoa, jos ykköstyypin diabetesta sairastava ei enää hahmota tarvitsevansa insuliinia tai asunto on huonon hygienian vuoksi asumiskelvoton. Hoitoa rajattaessa kuullaan ja keskustellaan potilaan lisäksi myös hänen omaistensa kanssa. Hoitoympäristön virikkeellisyys auttaa säilyttämään toimintakykyä. (Ks. [Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset](#))

Potilastapaus

83-vuotias keskivaikeaa dementiaa sairastava nainen asuu yksin kotonaan maaseudulla. Potilas on selviytynyt kotihoidon tuella hyvin, mutta on kertaalleen lähtenyt pakasilla harhailemaan ulos vähissä vaatteissa, jolloin naapurit toimittivat hänet takaisin kotiin. Muualla asuva tytär vaatii äidin sijoittamista palvelutaloon ”välittömästi”. Potilas haluaa ehdottomasti asua kotonaan. Mitä pitäisi ottaa huomioon arvioitaessa asumisjärjestelyjä? Miten päätös mahdollisesta laitossijoituksesta pitäisi tehdä?

Potilaalla on oikeus kieltäytyä tarjotuista hoitotoimenpiteistä. Esisijaisesti kuullaan henkilön omaa tahtoa ja pyritään löytämään keinot sen turvalliseksi toteuttamiseksi. Esimerkiksi ovihälytyn, digitaalinen yhteydenpito tai kotihoidon iltakäynti voisivat ratkaista kotona asumisen potilaan toiveen mukaisesti ainakin joksikin aikaa. Turvallisuutta lisää myös GSM-paikannin, joka voi olla sijoitettuna esimerkiksi rannekkeeseen tai kenkään. Paikantimen käyttö edellyttää potilaan suostumusta.

Vanhuspalvelulaisissa (980/2012, 15 §) säädetään kokonaisvaltaisesta palvelutarpeen selvittämisestä, minkä tulee lain velvoittamana tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan ja/tai hänen omaisensa kanssa. Hengenvaarallisissa tilanteissa lääkäri voi kuitenkin toimia ilman potilaan suostumusta, esimerkiksi kuolioon menossa olevan jalan amputaation harkinnassa. Jos riskit kasvavat kohtuuttoman suuriksi eivätkä asiat ratkea neuvotteluteitse, voi digi- ja väestötietovirasto määrätä edunvalvonnan koskemaan taloudellisten asioiden lisäksi myös hoitoon liittyviä asioita. Esimerkiksi asumisjärjestelyjen muutos voi toteutua tätä kautta.

Siirrettäessä potilasta uuteen hoitopaikkaa tulee huolehtia siitä, että hänelle tulee mukaan elinympäristöstään sellaisia asioita, jotka tekevät uuden ympäristön hänelle tutun oloiseksi ja siten luovat turvallisuuden tunnetta. Nämä myös säilyttävät hänen identiteettiään, mikä vähentää hajanaisuutta ja levottomuutta sekä muita käytösoireita.

MUIDEN SAIRAUKSIEN HOITO

Varhaisen diagnoosin jälkeen muistisairaalla voi olla edessä monia toimintakykyisiä vuosia. Muistisairauden diagnoosi sinänsä ei saa olla este minkään muun sairauden asianmukaiselle tutkimukselle ja hoidolle. Somaattisten tutkimusten ja hoitojen hyötyä arvioidaan aina suhteessa potilaan kokonaisterveydentilaan, toimintakykyyn ja ennusteeseen. (Ks. **Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet**)

Akuutit, kärsimystä aiheuttavat sairaudet (vammat, sydämen vajaatoiminta tms.) hoidetaan aina huolella. Muistipotilaan kivun tai epämukavan olon tunnistamiseen kiinnitetään erityistä huomiota, koska pidemmälle edenneessä sairauudessa potilaat eivät itse kykene ilmaistamaan kipua.

Kun muistisairaus on edennyt, sairastunut ei välttämättä ymmärrä tutkimus- tai hoitotoimenpiteiden merkitystä eikä kykene niiden edellyttämään yhteistyöhön. Silloin tarpeelliset toimenpiteet eivät onnistu aiheuttamatta potilaalle kohtuutonta kärsimystä, kuten kiinni pitämistä tai kipua, jonka aiheuttajaa potilas ei ymmärrä. Tutkimustoimenpiteestä voi luopua ja hoitaa oireenmukaisesti, esimerkiksi epäiltyä mahahaavaa kliinisin perustein ilman gastroskopiaa. Preventiivisten lääkkeiden käytön lopettamista kannattaa harkita.

Kun henkilö ei enää itse kykene ottamaan kantaa hoitotoimiin, noudatetaan hänen itsensä aiemmin esimerkiksi hoitotahdossaan ilmaisemia hoidon rajauksia. Lisäksi arvioidaan potilaan kokonaisterveydentilan perusteella mahdollisten muiden hoidon rajausten tarve. Asiasta

keskustellaan omaisten ja/tai edunvalvontavaltuutetun/edunvalvojan kanssa. Heiltä tiedustellaan, miten potilas heidän näkemyksensä mukaan haluaisi itseään hoidettavan. Elämän loppuvaihetta koskeva ennakoiva hoitosuunnitelma kirjataan. Lopullinen päätös hoitoratkaisuista jää usein lääkärille. (Ks. **Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset**)

MUISTIPOTILAIDEN OSALLISTUMINEN TIETEELLISEN TUTKIMUKSEEN

Tieteellinen tutkimus potilailla, jotka eivät välttämättä ymmärrä tutkimuksen merkitystä, on ongelmallista. On kuitenkin muistisairaiden etujen mukaista, että uusia lääkkeitä ja hoitomuotoja tutkitaan myös muistipotilailla. Tällöin edellytetään erityistä herkkyyttä huomioida tutkittavien oikeudet. Suostumus pyydetään yleensä omaiselta, mutta myös tutkittavalle selitetään mahdollisimman ymmärrettävästi, mistä on kysymys, ja pidetään mielessä hänen oikeutensa kieltäytyä – muistisairaankin. ■

Lisätietoja:

Juva K, Erkinjuntti T, Hietanen M, Koponen H, Luoma S-L, Mäki-Petäjä-Leinonen A, Pirttilä T. Alzheimerin tauti ja edunvalvonta. Suomen Lääkärilehti 2005;60:4645–49.

Laakkonen ML, Pitkälä K. Ethical care in dementia. BMJ 2009 Oct 2;339:b3993.

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 2.3.2020). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

Nuffield council on bioethics. Dementia: Ethical issues 2009. <http://www.nuffieldbioethics.org/dementia>

Pirttilä T, Juva K, Hietanen M, Erkinjuntti T ym. Alzheimerin tauti ja oikeudellinen toimintakyky.

Suomen Lääkärilehti 2005;60:4517–21.

Smebye, K.L., Kirkevold, M. & Engedal, K. Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. BMC Health Serv Res 16, 21 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1217-1>

Oikeudellinen toimintakyky ja edunvalvonta

Oikeudellisella toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä ymmärtää kulloinkin kysymyksessä oleva oikeudellisesti vaikuttava asia ja sen merkitys.

Kuka tahansa voi tehdä holhousviranomaiselle ilmoituksen henkilöstä, jonka arvelee olevan edunvalvonnan tarpeessa. Lääkärin on syytä puuttua asiaan erityisesti sellaisissa tilanteissa, joissa potilaan terveys on vaarassa. Edunvalvontaa on syytä harkita myös tilanteissa, joissa hyväksikäytetyksi joutuminen on todennäköistä tai omaisilla on keskenään hyvin erilaisia käsityksiä potilaan hoidosta ja esimerkiksi sijoituksesta.

Henkilö voi itse etukäteen nimetä itselleen edunvalvontavaltuutetun, joka hoitaa hänen asioitaan sitten, kun henkilö ei enää itse kykene tekemään päätöksiä. Viranomaisen on vahvistettava valtuutus.

Oikeudellisella toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä ymmärtää kulloinkin kysymyksessä oleva oikeudellisesti vaikuttava asia ja sen merkitys. Oikeudellisia toimia ovat sellaiset päätökset, joihin liittyy taloudellisia seurauksia, kuten kaupan solmiminen, laina, lahjoitus ja testamentti. Myös avioliitto on oikeustoimi.

Oikeustoimikelpoisuus liittyy aina johonkin määrättyyn oikeustoimeen. Suomen lain mukaan oikeustoimikelpoisia ovat 18 vuotta täyttäneet, ellei toisin osoiteta. Henkilö voi vamman tai sairauden takia olla alusta lähtien kykenemätön tekemään oikeudellisia päätöksiä (esimerkiksi kehitysvammaisuus), hänellä voi olla ajoittain (esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön maaninen jakso) tai jonkin sairastumisen jälkeen ohimenevästi (esimerkiksi aivovamman jälkeen) vaikeuksia rationaaliseen päätöksentekoon, tai hänellä voi olla sairaus, joka edetessään heikentää näitä kykyjä vähitellen (esimerkiksi muistisairaus). Oikeustoimi voidaan joissakin tapauksissa myöhemmin purkaa, jos voidaan osoittaa, ettei henkilö ole ymmärtänyt tehdyn päätöksen merkitystä ja seurauksia. Testamentin moitekanteen voi nostaa vain testamentin tekijän kuoleman jälkeen, jolloin oikeus arvioi jälkikäteen hänen testamentintekokelpoisuutensa.

Edunvalvonta on nettelty, jossa henkilölle määrätään edunvalvoja turvaamaan hänen etujaan. Useimmiten kyseessä on taloudellinen edunvalvonta (Laki holhousvoimasta 442/1999). Edunvalvojan määrää Digi- ja väestötietovirasto (Laki digi- ja väestötietovirastosta 304/2019) tai tuomioistuini. Edunvalvoja on tarpeen, jos henkilön taloudelliset edut ovat vaarassa eikä asiaa voida muuten hoitaa. Edunvalvojaa ei tarvita, jos asia hoituu esimerkiksi omaisten avulla valtakirjamenettelyllä. Edunvalvonnassa edunvalvoja tekee päätökset yhdessä päämiehen kanssa. Edunvalvojana voi toimia omainen, virkaholhooja tai myös ulkopuolinen henkilö, esimerkiksi palkattu juristi tai kirjanpitäjä. Aloitteen edunvalvojan määräämisestä voi tehdä kuka tahansa, esimerkiksi omainen, sosiaaliohjeantaja, hoitava lääkäri tai myös henkilö itse. Jos henkilö suostuu edunvalvontaan, asiasta päättää holhousviranomainen, muussa tapauksessa asia siirtyy käräjäoikeuteen.

Edunvalvoja voidaan määrätä myös johonkin määrättyyn oikeustoimeen, esimerkiksi asuntokauppoja tai perunkirjoitusta varten. Tällöin henkilön oikeuteen hoitaa päivittäisiä raha-asioitaan ei puututa.

Laajennettu edunvalvonta voidaan määrätä koskemaan myös muita kuin taloudellisia asioita, kuten sijoitusta pitkäaikaishoitoon. Laajennettua edunvalvontaa voidaan hakea suo-

raan, tai tavallinen edunvalvonta voidaan myöhemmin laajentaa uudella hakemuksella ja lääkärinlausunnolla.

Edunvalvonnan määrääminen edellyttää aina lääkärinlausuntoa, mutta holhousviranomaisen hankkii tietoa muualtakin. Lääkäri ei varsinaisesti tee päätöstä edunvalvonnasta, vaikka hänen kantansa on usein ratkaiseva. Edunvalvontalausunto edellyttää aina potilaan henkilökohtaista tapaamista.

Kun lääkäri hoitaa potilaita, joiden kykyä rationaaliseen päätöksentekoon hän epäilee, on hyvä aktiivisesti selvittää edunvalvonnan tarpeellisuutta. Tilanteet, joissa potilaan kaikki lähiomaiset eivät ole tietoisia potilaan tilasta tai joissa epäillään taloudellista tai muuta hyväksikäyttöä, edellyttävät tarkkuutta. Edunvalvontaa voidaan myös tarvita, jos omaiset ovat vahvasti erimielisiä potilaan hoidosta ja hoidon tarpeesta. Lääkärin on syytä puuttua asiaan erityisesti sellaisissa tilanteissa, joissa potilaan terveys tai turvallisuus on vaarassa. Holhousviranomaisen voi pyytää lausuntoa henkilön edunvalvonnan tarpeesta. Tällöin lausunto on aina tehtävä.

Lausunnossa edunvalvonnan tarpeesta on tärkeää erottaa sairauskertomuksista saatu tieto, lääkärin omat havainnot sekä omaisten kertomukset. Jos kyseessä on sairaus, joka vaikuttaa kognitiivisiin kykyihin, pitää potilaan tilanne selvittää myös testeillä – joko yksinkertaisilla seulontatesteillä tai tarvittaessa neuropsykologin tutkimuksilla. Psykiatristen häiriöiden vaikutus oikeustoimikelpoisuuteen on joskus vaikeasti arvioitava ja edellyttää erikoislääkärin arviota. (Ks. *Mielenterveyden häiriöiden hoidon eettisiä erityiskysymyksiä*)

Henkilö voi itse etukäteen nimetä itselleen edunvalvontavaltuutetun, joka ryhtyy hoitamaan hänen asioitaan sitten, kun henkilö ei enää itse kykene tekemään päätöksiä. Edunvalvontavaltuus tulee voimaan sen jälkeen, kun holhousviranomaisen on sen vahvistanut. Valtuutettu pyytää valtuutuksen vahvistamista Digi- ja väestötietovirastosta, kun valtuuttaja on tullut kykenemättömäksi hoitamaan asioitaan. Vahvistamiseen tarvitaan lääkärin lausunto. Lääkäri voi joutua arvioimaan myös edunvalvontavaltuutetun toimintakykyä.

Sekä edunvalvojan että edunvalvontavaltuutetun tehtävänä on toimia päämiehen edun mukaisesti. Edunvalvonta rajoittuu useimmiten taloudellisiin oikeustoimiin, ellei erityisesti toisin ole päätetty. Edunvalvontavaltuutetun tehtävänä puolestaan on huolehtia myös siitä, että päämiehen tahto tulee kuulluksi lääketieteellistä hoitoa koskevia päätöksiä tehtäessä. Valtuutetun oikeutena ei ole määrätä lääketieteellistä hoitoa vaan käyttää päämiehensä sijasta päämiehen oikeutta kieltäytyä lääkärin tarjoamasta hoidosta. Näissä tilanteissa lääkäri tarjoaa seuraavaksi parhaana pitämänsä hoitoa muistaen tähdentää edunvalvontavaltuutetun velvoitetta esittää niitä näkemyksiä, joita uskoo päämiehellä olevan – ei valtuutetun omia näkemyksiä.

Potilastapaus

82-vuotias nainen sairastaa Alzheimerin tautia, joka on vielä lievässä vaiheessa. Hän päätyy sairaalaan yleistilan huononemisen vuoksi. Osastolla todetaan rouvan olevan hoitamattoman oloinen, ja kotikäynnillä käy ilmi, että koti on kovin askeettinen. Raha-asioita selvitettyä käy ilmi, että pankkitili on tyhjä ja laskuja on maksamatta. Rouva kertoo poikansa hoitavan kaikki hänen raha-asiansa.

45-vuotias mies sairastaa harhaluuloisuushäiriötä ja kokee naapureiden häiritsevän ja kiusaavan häntä jatkuvasti. Hän on hankkinut kotiinsa runsaasti lukkoja ja muuttanut useita kertoja häviten näissä yleensä rahaa. ”Vainoajat” tulevat kuitenkin aina perässä. Mies käy säännöllisesti töissä, eikä kognitiivisissa toiminnoissa ole ongelmia.

Tulisiko lääkärin puuttua asiaan ja hakea potilaille edunvalvojaa? ■

Lisätietoja:

Holhous ja edunvalvonta. Digi- ja väestötietovirasto <https://dvv.fi/edunvalvontavaltuus>

Juva K. Neuropsykiatrisen potilaan oikeudellisen toimintakyvyn arviointi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013;129(18):1886-92.

Juva K, Erkinjuntti T, Hietanen M, Koponen H, Luoma S-L, Mäki-Petäjä-Leinonen A, Pirttilä T. Alzheimerin tauti ja edunvalvonta. Suomen Lääkärilehti 2005;60:4645-49.

Koponen H, Pirttilä T, Juva K, Hietanen M, Erkinjuntti T, Mäki-Petäjä-Leinonen A. Psykoosi- ja dementiapotilaiden oikeudellisen toimintakyvyn arviointi. Suomen Lääkärilehti 2006;61:4469-71.

Kuusterä Kirsti. Tämä jokaisen pitäisi tietää oikeudellisesta ennakoinnista. Vanheneminen.fi 16.9.2019. <https://www.vanheneminen.fi/oikeudellinen-ennakointi>

Nikunmaa H, Poikonen H, Mäki-Petäjä-Leinonen A: Asiakas- ja potilaslaki muuttuu – miten muuttuu muistisairaana ihmisen itsemääräämisoikeus. The Bog of UEF Law School 30.4.2018.

<https://blogs.uef.fi/oikeuttakohtuudella/tag/vanhuusoikeus/>

Pirttilä T, Juva K, Hietanen M, Erkinjuntti T, Mäki-Petäjä-Leinonen A, Koponen H. Alzheimerin tauti ja oikeudellinen toimintakyky. Suomen Lääkärilehti 2005;60:4517-21.

Hoidon erityiskysymyksiä

Lääkärin arkityön rutiini keskeytyy toisinaan eettisesti haastavien erityisongelmien vuoksi. Ne voivat olla harvinaisia, tiettyyn sairauteen, hoitoon tai erityisryhmään liittyviä tilanteita, jotka herättävät tunteita ja monimutkaisia kysymyksiä. Kaikki lääkärit eivät koskaan kohtaa kaikkia sellaisia eettisiä ongelmia, jotka toisella erikoisalalla voivat olla arkipäivää. Tietyn erityisongelman kanssa päivittäin painivalle alalle on usein muodostunut selkeät periaatteet ja käytännöt, jotka auttavat vaikeissa tilanteissa. Näiden tunteminen voi olla kaikille hyödyksi. Vaikka monet hoidon erityiskysymykset ovat harvinaisia, ne ovat usein periaatteellisesti merkittäviä ja kiinnostavat myös maallikoita. Lääketieteen teknologian kehittyminen luo myös uusia ongelmia, joiden suhteen eettiset tuntemuksemme ja tavalliset ajatustapamme eivät välttämättä toimi riittävän hyvin.

Tässä luvussa käsitellään tietyillä lääketieteen erikoisaloilla korostuvia eettisiä erityiskysymyksiä, jotka voivat kuitenkin kohdata useimpia lääkäreitä ainakin epäsuorasti. Näitä ovat vaaralliset tartuntataudit ja niiden torjunta, elinsiirrot, esteettiset hoidot, tehohoito, kehitysvammaisen potilaan hoito, sukupuoli-identiteetin erilaiset ilmentymät ja urheilijoiden lääkärinä toimiminen. Uusien teknologioiden haasteista käsitellään etälääketieteen ja geenitestiin mukanaan tuomia kysymyksiä.



Vaaralliset tartuntataudit

Tartuntatautiin torjunta perustuu ennen kaikkea valistukseen ja vapaaehtoisuuteen. Tartuntatautilain mahdollistamia yksilönvapautta rajoittavia keinoja on käytettävä hyvin harkitusti.

Ammattietiikka ja laki velvoittavat lääkäreitä ja muuta terveydenhuoltohenkilöstöä antamaan sairaille apua myös vaarallisissa tartuntataudeissa.

Epidemiat ovat kansanterveydellisiltä ja taloudellisilta vaikutuksiltaan merkittäviä, ja ne voivat pahimmillaan uhata jopa yhteiskunnan perustoimintoja. Tarttuva tauti koskee sairastuvan yksilön lisäksi ympäröivää yhteisöä.

Tarttuvien tautien esiintyminen johti yksilöiden tai ryhmien liikkumisvapauden huomattavaan rajoittamiseen jo kauan ennen tartunnan biologisen luonteen selviämistä. Keskiajalla ruttobakteerin aiheuttaman ”mustan surman” aikana sairastuneet erotettiin terveistä, sairaukselle altistuneiden vielä oireettomien ihmisten liikkumisvapautta rajoitettiin karanteenilla, ja satamaan saapuvista laivoista kiellettiin maihinnousu. Yhteisöt ovat pitkään sulkeneet ulkopuolelleen myös lepraa sairastavat yksilöt.

Kun tartuntatautiin aiheuttajat ja tartuntojen luonne ovat 1800-luvun lopulta lähtien selvinneet, tartuntaan liittyviä yksilön tai yhteisön vapautteen kohdistuvia toimenpiteitä on

voitu rajata paremmin. Monissa taudeissa rajauksia on voitu myös vähentää tutkimustietoon pohjautuvan tartuttavuusajan perusteella. Tartuntatauti torjuntatoimien kirjoon kuuluu silti yhä keinoja, joista päättäminen on rajankäyntiä yksilön vapauden ja taudin yhteisölle aiheuttaman haitan välillä. Äärimmillään säädökset antavat valtuudet tahdonvastaiseen eristämiseen tai hoitoon sekä omaisuuden hävittämiseen lisätartuntojen estämiseksi. SARS-epidemia vuonna 2003 toi uudelleen esiin tarpeen käyttää torjunnassa laajamittaista karantenia. Tämä heijasti tartuntatauti uusia, odottamattomia uhkia. Alkuvuodesta 2020 lähtien laajalle levinnyt uusi koronaviruspandemia (SARS-CoV-2, covid-19-tauti) lisäsi itsemääräämisoikeutta rajoittavien torjuntatoimien käyttöä erittäin merkittävästi myös Suomessa. Perinteiset tartunnan torjunnan keinot ovat välttämättömiä, kun taudin aiheuttaja on aiemmin tuntematon eikä väestöllä ole sille vastustuskykyä ja tauti on vaarallinen eikä sitä vastaan ole rokotetta tai spesifistä hoitoa.

LAINSÄÄDÄNTÖ

Yksilönvapauteen ja omaisuuden suojaan puuttuvat toimenpiteet ovat terveydenhuollon lainsäädännössä harvinaisia poikkeuksia, ja niihin ryhtyminen on yksityiskohtaisesti säännelty. Kokonaan uudistettu tartuntatautilaki (1227/2016) ja -asetus (146/2017) määrittelevät eri tahojen vastuut ja velvollisuudet tartuntatauti seurannassa ja torjunnassa sekä tilanteet, joissa tartuntojen estämiseksi voidaan puuttua yksilön koskemattomuuteen, liikkumisvapautteen tai omaisuuteen.

Tartuntatautilaki jakaa tartuntataudit yleisvaarallisiin, valvottaviin ja muihin tartuntatauteihin. Yleisvaarallisena tartuntatautina pidetään sairautta, jonka tarttuvuus on suuri, tauti on vaarallinen ja sen leviäminen voidaan estää toimenpiteillä, jotka kohdistetaan sairastuneeseen, taudinaiheuttajalle altistuneeseen tai tällaiseksi perustellusti epäiltyyn henkilöön. Yleisvaaralliset ja valvottavat taudit luetaan valtioneuvoston asetuksessa tartuntataudeista.

Kunnan tartuntataudeista vastaava virkasuhteinen lääkäri voi määrätä tautiin sairastuneen tai sairastuneeksi perustellusti epäillyn olemaan poissa työstä, oppilaitoksesta tai päivähoitopaikasta. Virkasuhteinen kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tartuntataudeista vastaava lääkäri voi määrätä henkilön eristettäväksi, jos taudin leviämisen vaara on ilmeinen eikä sitä voida estää muilla toimenpiteillä. Yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuneelle pitää eristämispaikassa antaa taudin leviämisen estämiseksi välttämätön hoito, tarvittaessa jopa hänen tahdostaan riippumatta. Kun kyseessä on yleisvaarallinen tartuntatauti, altistunut ja oireeton henkilö voidaan määrätä karanteeniin. Tällöin hänen liikkumisvapauttaan rajoitetaan, kunnes itämisajan kuluttua ei ole enää vaaraa, että hän sairastuisi tautiin ja tartuttaisi muita. Karanteenipäätös voidaan tehdä korkeintaan kuukaudeksi kerrallaan.

Valmiuslaki (1552/2011) on määritellyt yhteiskunnan poikkeustilanteeksi myös vaikutuksiltaan erityisen vakavaa suuronnettomuutta vastaavan hyvin laajalle levinneen vaarallisen tartuntataudin. Laki valtuuttaa terveysviranomaiset käyttämään poikkeustilan aikana laajempia toimivaltuuksia terveyspalvelujen järjestämiseksi kuin normaalitilanteessa. Näitä valmiuslain suomia mahdollisuuksia otettiin Suomessa käyttöön ensimmäisen kerran keväällä 2020 uuden koronavirustaudin (covid-19) torjumiseksi. Koska valmiuslain soveltamisen on oltava väliaikaista ja tilapäistä, epidemian hallintaa koskevat säännökset tulee ensisijaisesti sisällyttää normaaliin lainsäädäntöön. Tartuntatautilakia täydennetään siksi joiltain osin.

KÄYTÄNNÖN TARTUNNANTORJUNTA

Tartuntatautiin torjunta perustuu viranomaisille annetuista suurista valtuuksista huolimatta ennen kaikkea valistukseen ja vapaaehtoisuuteen. Siksi myös useimmat ehkäisytoimenpiteet, kuten rokotukset ja terveystarkastukset, ovat yleensä edelleen vapaaehtoisia. Riittävästi informoituina yksilöt ja yhteisö käyttäytyvät yleensä rationaalisella tavalla, eikä lain valtuuttamia ehkäiseviä tai liikkumisvapautta rajoittavia tahdon vastaisia toimenpiteitä yleensä ole tarvittu.

Tartuntojen estämiseksi tarkoitettujen varotoimien perusteeton tai liiallinen käyttö voi johtaa potilasturvallisuutta vaarantaviin tai muihin haitallisiin seurauksiin. Potilashuoneessa käyntiä hidastavan tartuntaeristyksen tiedetään vähentävän henkilökunnan käyntejä potilaan luona. On tärkeää huolehtia siitä, etteivät potilaan sairauden valvonta ja hoitotoimenpiteet viivästy eristämisen takia. Pitkäaikaisesta eristämisestä tai vierailujen rajoittamisesta aiheutuva psyykkistä kuormitusta pyritään vähentämään esimerkiksi vuorovaikutteisen videoyhteyden avulla. Kevään 2020 koronaepidemian aikana yleinen sosiaalisen etäisyyden vaatimus erityisesti ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa sosiaalihuollon toimintayksiköissä on todennäköisesti suojannut ikääntynyttä väestöä tartunnoilta. Samalla se on kuitenkin heikentänyt asukkaiden itsenäistä toimintakykyä ja koetellut sekä heidän että heidän omaistensa psyykkistä jaksamista. (Ks. Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset) Jotta torjunta onnistuu yhdenvertaisesti koko maassa käyttämättä potilaan hyvinvointia ja oikeuksia liiallisesti rajoittavia eristystoimia, tarvitaan kansallisesti yhtenäistä ja monialaisesti harkittua asiantuntija-ohjeistusta.

SUKUPUOLITAUDIT

Käytännön lääkärin työssä yksilön ja yhteisön etu ovat herkällä tavalla vastakkain sukupuolitauteja jäljitettäessä. Toisessa vaakakupissa ovat hienovaraisuus ja potilaan haluttomuus paljastaa intiimeimpiä asioita, toisessa potilaan kontaktihenkilöiden oireettomien tartuntojen hoitaminen ja tartuntaketjujen katkaisu.

Yleisvaaralliseen tai valtettavaan tartuntatautiin sairastuneen potilaan ja mahdollisesti muiden tartunnan saaneiden saattamisesta tutkimukseen ja hoitoon on tartuntatautilain mukaan ensisijaisesti vastuussa hoitava lääkäri. Näihin tartuntatauteihin sairastunut ja sairastuneeksi perustellusti epäilty on velvollinen tiedusteltaessa ilmoittamaan asiaa selvittäväälle lääkärille tartunnan tavan, ajankohdan ja paikan sekä niiden henkilöiden nimet, joilta hän on voinut saada tartunnan.

HI-virukseen liittyvä testausten vapaaehtoisuus oli suuri eettinen kysymys 1980- ja 1990-luvuilla. Keskustelu on sittemmin paljolti laantunut, kun HIV-infektion ennustetta parantavat hoitomahdollisuudet ovat tehneet testiin hakeutumisen edut tartunnan kantajalle yhä ilmeisemmiksi. Eettisesti kyseenalainen tilanne syntyy kuitenkin, jos esimerkiksi maahanmuuttajien testauksen ensisijainen tavoite on taudinkantajien palauttaminen lähtömaahansa.

Suomen oikeusjärjestelmässä on käsitelty joitakin tapauksia, joissa HIV-infektioitunut henkilö on levittänyt tartuntaa tietoisesti. Tällaista tilannetta koskevat rikoslain säännökset. Lääkärillä on vaitiolovelvollisuus, joka voidaan kumota poliisin esitutkinnassa esiin tulleiden tosiasioiden perusteella riippuen epäillyn rikoksen vakavuudesta. Uudistettu tartuntatautilaki toisaalta velvoittaa hoitavan lääkärin ilmoittamaan kunnan tai sairaanhoitopiirin tartuntataudeista vastaavalle lääkärille salassapitosäännösten estämättä, jos hän saa tietää potilaansa sairastavan yleisvaarallista tai valtettavaa tartuntatautiin, joka voi aiheuttaa tartunnan vaaran toiselle henkilölle. Tartuntataudeista vastaavalla lääkärillä on puolestaan oikeus ilmoittaa tartuntavaarasta asianomaiselle henkilölle, kuitenkin ilmaisematta tartunnanlähdetä.

TARTUNTATAUDIT JA MEDIA

Yksittäiset vakavat tartuntatautitapaukset, tartuntatautiepideemia tai sen uhka ovat tiedotusvälineiden tärkeitä uutisaiheita. Hoitavan yksikön ja muiden asiantuntijoiden pitää antaa väestölle riittävä tieto tilanteesta sekä erityisesti sen mahdollisesti edellyttämistä yhteisöön ja yksilöön kohdistuvista torjuntatoimista korostamatta tai vähättelemättä uhkan suuruutta. Asiantuntijoina esiintyvien henkilöiden on vältettävä sellaista spekulointia, joka vahvistaa väestön kokemaa uhkaa ja aiheuttaa epärationaalista, epidemian torjunnan kannalta haitallista käyttäytymistä.

Samanaikaisesti hoitoyhteisön on erityisesti huolehdittava tartunnan mahdollisesti saaneiden ihmisten yksityisyyden suojasta. Suhteissa mediaan lääkärin tulee noudattaa Suomen Lääkäriliiton ja Journalistiliiton yhteistä tiedotussuositusta.

HENKILÖKUNTAAN KOHDISTUVA UHKA

Tartuntatautitapausten hoito voi aiheuttaa tartuntavaaran hoitavalle henkilökunnalle. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) sekä ammattietiikka velvoittavat antamaan vakavasti sairaalle välittömästi apua kaikissa tilanteissa. Työturvallisuuslaki (738/2002) velvoittaa työnantajan ryhtymään kaikkiin tarvittaviin toimenpiteisiin työssä koituvan terveysuhkan ehkäisemiseksi. Näiden velvoitteiden keskinäistä ensisijaisuutta ei ole jouduttu määrittelemään käytännön tilanteissa.

Vuoden 2003 kansainvälisessä SARS-epidemiassa huomattava osa sairastuneista oli potilaita hoitanutta terveydenhuollon henkilökuntaa. Heistä moni menehtyi tautiin. Tämä johti myös Suomessa tilanteisiin, joissa henkilökunta epäröi hoitaa SARS:iin sairastuneiksi epäiltyjä potilaita. Epäröinti on ristiriidassa ammattietiikan kanssa, mutta ymmärrettävää epidemian alkuvaiheessa, kun käsitykset infektion tartuttavuudesta ja riittävästä suojaustoimenpiteistä vaihtelivat.

Lintuinfluenssaan eli influenssa A/H5N1-virukseen liittynyt pandemiauhka vuonna 2003 käynnisti varautumissuunnittelun. Sen aikana terveydenhuollon henkilökunnan kannanotoissa tuli esille mahdollisuus, että pandemian ilmaantuessa voisi tapahtua kieltäytymistä vaarallisesta työstä. Lääketieteellisestä toiminnasta vastaavien henkilöiden pitää ehkäistä tämän tyyppisiä tilanteita kouluttamalla henkilökuntaa ja huolehtimalla riittävästä suojauksesta ja materiaalisesta varustautumisesta.

Vuonna 2020 koronaviruspandemian aikana todettiin henkilösuojainten varastointi Suomessa alkuun riittämättömäksi suhteessa ennennäkemättömän suureksi kasvaneeseen tarpeeseen. Merkittävää kieltäytymistä työvelvoitteesta ei siitä huolimatta havaittu, vaikka muissa maissa todettiin hoitohenkilökuntaan kuuluvilla vakavia sairastumisia enemmän kuin Suomessa, ja jopa kuolemia. On hyvin tärkeää keskustella erityistilanteisiin liittyvistä ammattihenkilöiden velvoitteista avoimesti ennen kuin näitä tilanteita syntyy – osana kokonaisturvallisuutta ja varautumista epidemioiden torjuntaan ja hoitoon. ■

Lisätietoja:

Suomen Lääkäriliiton ja Suomen Journalistiliiton yhteinen tiedotussuositus 2013. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/4893/tiedotussuositus_140108.pdf

Ruutu P, Lyytikäinen O, Kuusi M ym.: SARS – uusiin uhkiin valmistautumista. Suomen Lääkärilehti 2004;59:1533–8.

The Lancet -lehden jatkuvasti päivittyvä avoin sivusto. <https://www.thelancet.com/coronavirus>

The New England Journal of Medicine. <https://www.nejm.org/coronavirus>

Tehohoito

Tehohoidon päämääränä on tilapäiseksi arvioidun hengenvaaran torjunta ja vakavasta sairaudesta tai vammasta toipuminen. Tehohoidon resurssit on kohdennettava potilaisiin, joiden sairaudesta tai vammasta aiheutuva henkeä uhkaava tila arvioidaan ohimeneväksi.

Toivottomasti sairaan tunnistaminen ja erottaminen sellaisesta potilaasta, jolla on vielä toipumismahdollisuuksia, on tehohoidon keskeisimpiä lääketieteellisiä ja eettisiä kysymyksiä.

Elämää ylläpitävien tukihoidojen osoittautuessa hyödyttömiksi ja potilaan ennusteen muuttuttua toivottomaksi on tehohoidosta luovuttava ja siirryttävä hyvään perushoitoon.

Tehohoito on erilaisiin sairauksiin tai vammoihin liittyvien hengenvaarallisten, mutta ohimeneviksi arvioitujen elintoimintahäiriöiden ehkäisemistä, diagnostiikkaa ja hoitoa. Tehohoidossa käytetään vaativia ja usein kajoavia valvonta- ja hoitomenetelmiä. Siinä tarvitaan monialaista ja -ammattillista erityisosaamista sekä kehittynyttä teknologiaa. Tehohoitopaikkojen määrä on rajallinen ja hoito on kallista. Tehohoidon tarve kasvaa lääketieteellisten hoitomahdollisuuksien lisääntyessä ja tehohoitoa vaativien epidemioiden aikana. Rajalliset voimavarat on siksi kohdennettava tilapäisessä hengenvaarassa olevien potilaiden hoitamiseen oikeudenmukaisesti, vaikuttavasti, kustannustehokkaasti ja inhimillisesti.

POTILASVALINTA

Oikea potilasvalinta ja elintoimintojen tukihoidojen oikea-aikainen, ammattitaitoinen ja kriittinen soveltaminen ovat hyvän ja eettisesti oikean tehohoidon kulmakiviä. Elintoimintahäiriöiden havaitseminen ja mahdollisen tehohoidon tarpeen välitön tunnistaminen ja hoidon aloittaminen parantavat potilaan ennustetta ja hoidon vaikuttavuutta. Vitaalielintoimintojen tukihoidojen viivästyminen heikentää potilaan ennustetta altistamalla hänet merkittäville elintoimintahäiriöille ja hoidon pitkittymiselle.

Tehohoidon oikea rajaus on tärkeää. Huonoennusteinen tai liian hyväkuntoinen potilas vie hoitopaikan tehohoidosta hyötyvältä potilaalta, jonka tehohoidon aloitus tällöin viivästyy tai jopa estyy. Tehohoidon aloituspäätös joudutaan usein tekemään nopeasti, ja potilaan huono ennuste voi ilmetä vasta hoidon kuluessa. Sen vuoksi potilaan tehohoidosta saamaa hyötyä on arvioitava jatkuvasti hoidon aikana. Toivottomasti sairaan potilaan tunnistaminen ja erottaminen sellaisesta potilaasta, jolla on vielä toipumismahdollisuuksia, on tehohoidon

keskeisimpiä lääketieteellisiä ja eettisiä haasteita. Yksiselitteisiä tehohoidosta pidättymisen tai luopumisen kriteereitä ei ole. Tilastollisia ennustemalleja ei voida soveltaa yksittäisiin potilaisiin kuin suuntaa antavina. Jokaisesta potilaasta tehdään päätökset yksilöllisen harkinnan perusteella. Hoidon aiheellisuuden arviointiin eivät saa vaikuttaa potilaan sukupuoli, alkuperä, kansalaisuus, kieli, uskonto tai muu vakaumus, yhteiskunnallinen asema tai toiminta, varallisuus, elämäntavat tai muu henkilökohtainen asia. Ikä ei saa olla tehohoidon aloittamisen este, mutta ikä, toimintakyky ja liitännäissairaudet on huomioitava hengenvaaran tilapäisyyttä ja toipumisen ennustetta arvioitaessa.

Koronaviruspandemian yhteydessä keväällä 2020 käytiin keskustelua tehohoidon riittävydestä ja siitä, millä perustein tehohoitoa mahdollisesti tulisi rajata. Valtakunnallinen sosi-aali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE otti asiaan kantaa korostaen, että hoitolinjausten tekeminen kuuluu sairastunutta hoitaville terveydenhuollon ammattihenkilöille poikkeusoloissakin.

HOITOPÄÄTÖKSEN TEKEMINEN

Tehohoidon aloittamisessa ja rajaamisessa painotetaan ihmisten yhdenvertaisuutta: jokaisella ihmisellä on yhtäläinen oikeus tehohoidon tarpeen arviointiin. Aloittamispäätöksen tai rajoittamisen pitää perustua aina objektiivisiin kriteereihin. Jos tehohoidosta ei arvioida olevan hyötyä potilaalle tai kuolema on ilmiselvä hoidosta huolimatta, tehohoidon aloittamisesta on pidättäydyttävä tai jo aloitetusta hoidosta luovuttava ja siirryttävä potilaan hyvään perushoittoon. Epäselvissä tapauksissa kannattaa tehdä yhden tai muutaman vuorokauden mittainen hoitokokeilu hoitovasteen toteamiseksi. Hoitopäätöksissä pitäisi pyrkiä yhteispäätökseen perussairautta hoitavan lääkärin ja potilaan omahoitajan kanssa. Omaiset on informoitava potilaan tilanteesta. Tärkeiden hoitopäätösten huolellinen ja perusteltu dokumentaatio on välttämätöntä.

POTILAAN HOITOTAHTO

Kriittisesti sairastunut potilas ei usein itse pysty ottamaan kantaa tehohoitoon, jolloin hänelle on potilaslain (785/1992) mukaan annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito. Ellei potilas pysty päättämään, on hänen laillista edustajaansa kuultava sen selvittämiseksi, minkälainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Hoidon jatkamisesta tai siitä luopumisesta päätetään aina lääketieteellisin perustein. Huonoennusteisen potilaan tehohoidon aloittaminen tai jatkaminen vain omaisten toivomuksesta ei ole perusteltua. Jos potilas on laatinut hoitotahdon tai muuten ilmaissut kantansa tehohoidosta, hänen tahtoaan on noudatettava omaisten mahdollisista eriävistä näkemyksistä riippumatta. (Ks. Hoitotahto)

TEHOHOIDOSTA PIDÄTTÄYTYMINEN TAI LUOPUMINEN

Potilaan kieltäytyessä hoidosta häntä ei saa jättää ilman hoitoa ja huolenpitoa, vaan häntä on hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. On myös huomattava, että tehohoidossa olevan potilaan oma arviointikyky on kriittisen sairauden tai lääkityksen takia yleensä heikentynyt eikä tajuissaan oleva potilas välttämättä kykene luotettavasti ilmaise-

maan omaa tahtoaan. Elintoimintoja tukevista hoidoista voidaan ja niistä pitää luopua, kun ei enää ole perusteita odottaa potilaan tilan korjautuvan ja toimintakyvyn palautuvan riittävässä määrin. Hoidosta luopumisesta on keskusteltava omaisten kanssa myötätuntoisesti ja pyrkien yhteisymmärrykseen. Omaiset tarvitsevat tukea erityisesti tilanteissa, joissa kriittinen sairaus tai vamma on tullut odottamatta ja yllätyksenä. Potilaan hoito muuttuu parantavasta hoidosta huolenpidoksi. Kipu, kärsimys ja epämukavuus pyritään estämään ja potilasta hoidetaan huomioiden myös hänen läheistensä tarpeet.

LOPUKSI

Lääketieteelliset ja eettiset perusteet edellyttävät tutkimusta ja kehittämistä tehohoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi ja kustannusten hallitsemiseksi. Siten voidaan parantaa kriittisesti sairaiden potilaiden selviytymismahdollisuuksia ja lisätä oikeudenmukaisia hoitoon pääsyn edellytyksiä. Tehohoito on kallista, mutta useimmiten lyhytaikaista, ja kustannukset ovat varsin kohtuullisia, kun ne suhteutetaan säästyviin ihmishenkiin ja toimintakykyisiin elinvuosiin. Kustannusvaikuttavan hoidon edellytys on tehohoidon oikea kohdentaminen. ■

Lisätietoja:

ETENE:n kannanotto 30.3.2020: Sosiaali- ja terveysalan eettiset periaatteet ovat voimassa myös poikkeusoloissa.

Kari, Reinikainen, Valtonen: Tehohoidon uudet eettiset ohjeet Duodecim 2020;136:597–8

Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 2019. www.sthy.fi

Elin- ja kudossiirrot

Elinsiirtotoiminta helpottuu merkittävästi, jos jokainen mahdollinen elinluovuttaja tunnustetaan kriittisesti sairaan potilaan hoitoketjun kaikissa vaiheissa ja läheisiä muistetaan informoida elin- ja kudoslouvutuksesta ja oletetun suostumuksen merkityksestä.

Toiminnan on oltava läpinäkyvää niin luovuttajien jäljitettävyyden kuin elimen saajan ja heidän valintakriteeriensä suhteen.

Suomen Lääkäriliitto sekä WMA, WHO, Euroopan neuvosto ja kansainväliset elinsiirtoyhdistykset ja EU:n elindirektiivi tuomitsevat ihmiselinten ostamisen ja myymisen.

Elinsiirtojen eettiset kysymykset koskevat yleensä elinten saatavuutta, elinsiirtopotilaiden valintaa sekä toimintaan liittyviä kaupallisia piirteitä. Elinsiirtojen yleistyessä ja niiden tarpeen kasvaessa pula siirteistä on korostunut. Eettisiä ongelmia liittyy erityisesti elävien luovuttajien käyttöön, koska elinkauppaan liittyy rikollisuutta. Lisäksi luovuttaja voi kokea erilaista painostusta terveystarpeiden sisältävään toimenpiteeseen.

ELINSIIRRON PERUSPERIAATTEET

Elimiä voidaan irrottaa kuolleilta ja eläviltä ihmisiltä. Toimintaa säännellään ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellistä käyttöä koskevalla lailla (101/2001, kudoslaki).

Kuolleen ihmisen elimiä, kudoksia ja soluja saadaan kudoslain mukaan irrottaa, jos ei ole tiedossa tai jos ei ole syytä olettaa, että vainaja eläessään olisi vastustanut toimenpidettä. Jos vainaja on eläessään kieltänyt irrottamisen, toimenpidettä ei saa tehdä. Jos vainaja on alaikäinen tai vajaakykyinen eikä eläessään ole kyennyt muodostamaan käsitystä elimiensä, kudoksiensa tai solujensa irrottamisesta, saa näitä irrottaa, jollei alaikäisen huoltaja tai vajaakykyisen lähiomainen tai muu läheinen vastusta toimenpidettä. Laki edellyttää, että vainajan lähiomaiselle tai muulle läheiselle annetaan selvitys elimien, kudoksien ja solujen irrottamisesta ja irrottamisen merkityksestä. Irrottamista ei saa tehdä, jos se haittaa kuolemansyyn selvittämistä.

Kudoslain mukaan elin, kudos tai soluja voidaan irrottaa suostumuksensa siihen antaneelta elävältä luovuttajalta ihmisen sairauden tai vamman hoitoa varten, jos

- irrottaminen ei aiheuta luovuttajalle vakavaa terveydellistä vaaraa eikä vakavaa haittaa
- vastaanottajan hoitamiseksi ei ole käytettävissä muuta yhtä tehokasta hoitoa kuin elinsiirto
- sopivaa elintä ei ole saatavissa kuolleelta luovuttajalta tai
- tulosten odotetaan olevan huomattavasti paremmat kuin kuolleelta luovuttajalta saadun siirron tulokset.

Lakimuutos, joka koski luovutusta elävältä luovuttajalta, tuli voimaan 1.3.2019. Jos vastaanottajan sukulainen tai muu läheinen ei sovellu luovuttajaksi, elimen tai kudoksen saa lakimuutoksen mukaan luovuttaa myös muu siihen sopiva täysi-ikäinen henkilö, joka kyke-

nee päättämään hoidostaan. Näin mahdollistetaan altruistinen elinluovutus ja voidaan taata soveltuva siirre useammalle vastaanottajalle. Elävän luovuttajan vapaaehtoisuuden toteamiseen ja mahdolliseen ulkopuoliseen painostukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Painostusta voi tapahtua myös perhepiirin sisällä. Säännös voi lisätä elinluovutukseen sopivien henkilöiden määrää.

Transplantaatiotoiminnassa on yhä enemmän pyritty siirtymään kuolleiden luovuttajien elinten käyttöön. Myös lääkärijärjestöjen suosituksissa ja EU:n elindirektiivissä kannustetaan tähän, sillä näin voidaan välttää monet elävien luovuttajien käyttöön liittyvät eettiset ongelmat.

Elinsiirroissa keskeinen kysymys on riskien ja hyötyjen suhde. Siirtoelinten puutteen ja elinsiirtoa tarvitsevan potilaan kuolemanvaaran vuoksi voidaan kuolleeseen luovuttajaan liittyviä riskejä hyväksyä herkemmin kuin useimmissa kudosis- ja solusiirroissa, joissa potilaalla ei ole kuolemanvaaraa ja on enemmän aikaa selvittää kudosten laatutekijöitä. Lääkäri joutuu arvioimaan, ovatko kuolleen luovuttajan elimet elinsiirtoon sopivia ja ovatko saavutettavat hyödyt suurempia kuin riskit.

VEREN JA KANTASOLUJEN SIIRROT

Verensiirron toteuttaminen perustuu samoihin riskin ja hyödyn periaatteisiin kuin muutkin lääketieteelliset hoidot. Vapaaehtoisiin, anonyymeihin henkilöihin perustuva suomalainen verihuolto on todettu eettisesti ja käytännöllisesti hyväksi malliksi. Keskeisiä periaatteita ovat ilman taloudellista korvausta tapahtuva verenluovutus ja toiminnan turvallisuudesta huolehtiminen.

Kantasolujen luovuttajiksi tarjoutuneista luuydinkudoksen vapaaehtoisista luovuttajista pidetään keskitettyä rekisteriä Suomen Punaisen Ristin Veripalvelussa. Kantasoluja voidaan saada luuytimestä, istukkaverestä ja erikoiskäsittelyn jälkeen laskimoverestä. Kantasolujen luovuttaja voi tilanteesta ja taudista riippuen olla potilas itse, sukulainen tai tuntematon terve ihminen Suomesta tai ulkomailta. Kantasolujen luovutukset muille ihmisille ovat verenluovutuksen tavoin vapaaehtoisia. Luovuttajan turvallisuudesta huolehtii riippumaton lääkäri, joka ei ole hoitovastuussa siirteen saavasta potilaasta.

ELIMILLÄ EI SAA KÄYDÄ KAUPPAA

Elimillä käydään kansainvälisesti myös laitonta ja eettisesti tuomittavaa kauppaa. Useimpien luovuttajaksi rekrytoidaan köyhä kehittyvässä maassa asuva ihminen, jolta poistetaan toinen munuaainen siirteeksi joko samassa tai toisessa maassa asuvalle munuaissiirrettä odottavalle. Suurin taloudellinen hyöty tulee kuitenkin kaupalliselle välittäjälle tai toimijalle. Laiton elimen poisto on vakava perusoikeuksien, eli ruumiillisen koskemattomuuden ja ihmisarvon loukkaus. Suomen Lääkäriliitto samoin kuin Maailman lääkäriiliitto, WHO, Euroopan neuvosto ja kansainväliset transplantaatioyhdistykset sekä EU:n elindirektiivi tuomitsevat ihmisen elinten ostamisen ja myymisen. Ihmisen ruumiin osia ei voida rinnastaa ostettaviin ja myytäviin tavariin.

Suomessa elinluovutukseen ei kuulu kaupallisia piirteitä. Elimien, kudoksien tai solujen irrottamiseen, talteenottoon, varastointiin tai käyttöön osallistuva terveydenhuollon toimintayksikkö tai muu yksikkö taikka kudoslaitos ei saa tavoitella kudoslaissa säädetystä toiminnasta taloudellista hyötyä. Elinluovutuksen pitää aina perustua vapaaehtoisuuteen ja mak-

sutta tapahtuvaan luovutukseen. Tavoitteena on vastaanottajan auttaminen – elämänlaadun parantaminen tai hengen pelastaminen – eikä taloudellisilla houkuttimilla ole merkitystä. Jos luovutus ei ole vapaaehtoinen tai jos se tehdään taloudellisen hyödyn saamiseksi, luovutusprosessin laatu voi vaarantua. Elävälle luovuttajalle aiheutuneiden kohtuullisten kulujen korvaamista pidetään kuitenkin asianmukaisena.

KENELLE ELINSIIRTO?

Elinsiirtoa odottavat potilaat ovat Suomessa tasavertaisessa asemassa asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Päätös elimen saajasta tehdään ennalta sovituin perustein. Elinsiirtoja tekevät lääkärit joutuvat pohtimaan, miten potilaan sairaus, veriryhmäsopivuus, kudostyyppi, ikä, hoitomyöntyyvyys, odotusaika ja muut tekijät otetaan huomioon päätöstä tehtäessä.

Usein esiin tulee kysymys, onko elinsiirto oikeutettua, jos elinvaurion taustalla ovat elintavat, kuten alkoholin käyttö tai tupakointi tai itsemurhayritys. Kysymykseen ei ole yksiselitteistä vastausta. Oma vastuu tapahtuneesta sekä oman käytöksen osuus elinvaurioon vaihtelevat. Ihmisen omaa syytä sairastumiseen ei lähtökohtaisesti voi pitää kestäväenä priorisointiperiaatteena. Kysymykset ovat periaatteessa samoja kuin terveydenhuollon priorisoinnissa muutenkin (Ks. [Priorisointi terveydenhuollossa](#)). Käytännössä elinsiirtolääkäri joutuu pohtimaan asiaa myös yksilöä laajemmasta, oikeudenmukaisuuden näkökulmasta, koska siirteistä on pula. On perusteltua ottaa huomioon elinsiirteen hyödyt sekä yksilön että yhteisön kannalta.

Munuaisensiirto on terveydenhuoltomme kustannustehokkaimpia hoitomuotoja. Yksi onnistunut munuaisensiirto säästää yhteiskunnan varoja 40 000 € vuodessa verrattuna dialyysihoidoihin, ja munuaisen keskimääräinen toiminta-aika on 20 vuotta. Maksan loppuvaiheen vajaatoimintaan liittyvien toistuvien tehohoitojaksojen kustannukset ylittävät herkästi maksansiirrosta aiheutuvat kustannukset. Maksansiirron vaikutukset elämänlaatuun ovat myös kiistattomat. Tämä tulee huomioida esimerkiksi pohdittaessa alkoholin käytön lopettaneen maksakirroosipotilaan hoitolinjaa.

OLETETTU SUOSTUMUS JA ELINTESTAMENTTI

Elinsiirtoja rajoittaa edelleen eniten se, että kaikkia mahdollisia elinluovuttajia ei tunnisteta. Vainajien tietoja tarkastettaessa on todettu, että Suomessa jää tunnistamatta 20–25 elinluovuttajaa vuosittain ja potentiaalisten elinluovuttajien hoidosta vetäydytään turhan aikaisin. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintasuunnitelman mukaisesti elinluovutus on tehohoidon aihe neurologisesti huonoennusteiselle potilaalle edellyttäen, että potilas ei ole elinluovutusta vastustanut ja läheiset ymmärtävät tilanteen täysin. Tehohoidosta vetäydytään, jos tila ei etene aivokuolemaan tai läheiset toivovat vetäytymistä. Hoito ei saa aiheuttaa potilaalle tuskaa, kärsimystä tai ahdistusta. Mahdollisen elinluovuttajan hoito on erittäin haasteellinen sekä hoitohenkilökunnalle että läheisille.

Suomessa siirryttiin vuonna 2010 kudoslain muutoksen myötä käyttämään niin sanottua oletettua suostumusta kuolleen henkilön elinten talteenotossa aiemman tietoisin suostumuksen sijasta. Tavoitteena on elinten saatavuuden parantaminen. Kuolleen ihmisen elimiä, kudoksia ja soluja saadaan irrottaa, jos ei ole tiedossa tai jos ei ole syytä olettaa, että vainaja eläessään olisi vastustanut toimenpidettä. Omaisia on aina informoitava elinten irrotuksesta ja kerrottava, kuinka toiminnalla autetaan muita.

Laki velvoittaa henkilökuntaa mahdollisuuksien mukaan selvittämään, mikä oli aivokuoleen henkilön oma käsitys elinten irrottamisesta. Jos vainajalla on elintestamentti, voidaan elimiä sen perusteella irrottaa. Jos elintestamenttia ei ole, eikä henkilö ole eläessään ilmaissut kantaansa elinten irrotukseen, oletetaan henkilön antaneen suostumuksensa. Lakimuu- tos on helpottanut läheisten osaa sikäli, ettei heidän tarvitse enää ottaa kantaa elinluovutus- asiaan muutenkin äärimmäisen vaikeissa tilanteissa, joissa läheinen on äkillisesti menehtynyt. Myös lääkärit ovat ottaneet lakimuutoksen positiivisesti vastaan. Tämä helpottaa keskusteluja läheisten kanssa.

Oletetusta suostumuksesta huolimatta lääkärin tulisi sopivissa tilaisuuksissa kannustaa kansalaisia ottamaan käyttöön elintestamentti tai merkitsemään elinluovutustahto Oma- kantaan. Elintestamentti on hyvä pitää mukana ja kertoa sukulaisille sen olemassaolosta tai omasta näkemyksestä elinluovutukseen.

UUSIA TOIMINTOJA

Kasvojensiirto on Suomessa määritelty elinsiirroksi, joten elinsiirtolainsäädäntö ja käytänteet tulevat luontevasti sovelletuiksi myös kasvojensiirroissa ja muissa kehonosasiirroissa. Kasvo- jensiirto ei ole henkeä pelastavaa hoitoa, vaan tarkoituksena on parantaa potilaan toiminta- kykyä ja elämänlaatua. Se ei ole myöskään esteettistä kirurgiaa, vaan potilailla, joille harkitaan tällaista siirtoa, on kasvojen merkittäviä toiminnallisia ongelmia. Kasvojensiirto on potenti- aalisesti vaarallinen hoito (komplikaatiot, hyljintäreaktiot), joten potilaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun pitää olla ennen hoitoa niin huonoa, että hoidon riskit ovat hyväksyttävissä. Kasvojensiirtoon selkeimmin liittyvä eettinen kysymys on ajatus luovuttajan ulkonäön siir- tymisestä vastaanottajalle tai uudesta identiteetistä kasvojen myötä. On kuitenkin osoitettu, että näin ei tapahdu.

Elinluovutus verenkierron pysähtymisen (DCD) jälkeen oli ennen aivokuoleman käsitteen hyväksymistä (1971) käytössä muun muassa Suomessa. DCD on otettu uudelleen käyttöön useissa maissa, kuten Yhdysvalloissa, Australiassa, Britanniassa ja Espanjassa. Näissä maissa 30–40 prosenttia elinsiirroista tehdään kontrolloiduilta DCD-luovuttajilta. Elinsiirtojen tulokset näin saaduilla elimillä vastaavat tuloksia aivokuolleilta luovuttajilta saatujen elinten siirroissa. DCD-elinluovuttaja on neurologisesti kriittisesti sairas tehohoidossa oleva poti- las, jonka ennuste on lohduton. Sen takia hoidosta ollaan luopumassa, mutta potilaan tila ei etene aivokuolemaan. Kriittisesti sairaan potilaan läheiset tuovat usein esille potilaan tahdon toimia elinluovuttajana kuoleman jälkeen. On ensisijaisen tärkeää, että ensin tehdään päätös hoidosta luopumisesta ja että läheiset sen ymmärtävät, ja vasta tämän jälkeen mietitään mah- dollista elinluovutusta ja keskustellaan siitä. Hoidosta luopuminen tapahtuu yleisten teho- hoidon periaatteiden mukaisesti, potilaalle taataan arvokas kuolema ja läheiset saavat olla hänen kanssaan koko ajan niin toivoessaan. Kuolema todetaan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Tämän jälkeen odotetaan viisi minuuttia ja varmistetaan kuolema ennen elinirrot- tukseen ryhtymistä. Jos kuolema ei tapahdu määräaikaisten rajoissa, elinluovutuksesta peräy- dytään ja saattohoitoa jatketaan. Koko DCD-prosessin ajan huolehditaan potilaan kivutto- muudesta, sedaatiosta ja potilaan kunnioittavasta kohtelusta. Niin sanottua kontrolloitua DCD-toimintaa on aloitettu myös Pohjoismaissa. Esimerkiksi Ruotsi teki vuosina 2018–19 kymmenen DCD-luovuttajan pilotin, jonka perusteella DCD-toimintaa on jatkettu normaali- na elinluovutustoimintana. Teho-osastojen tilastoista on arvioitu, että Suomessa olisi noin 20–30 DCD-elinluovuttajaksi soveltuvaa potilasta vuosittain. Kontrolloidun DCD-toimin- nan aloittamista suunnitellaan myös Suomessa.

Kohdunsiirto antaa mahdollisuuden saada omia biologisia lapsia niille naisille, joilta puuttuu kohtu. Sijassynnytys on ollut Suomessa laitonta sen jälkeen, kun hedelmöityshoitolaki tuli voimaan vuonna 2007. Maailmassa on tehty vuosina 2012-20 yli 70 kohdunsiirtoa. Siirtoja on tehty sekä eläviltä että kuolleilta luovuttajilta. Suomessa kyseeseen tulisivat vain kuolleet luovuttajat ainakin aluksi. Elinsiirteeseen saanut nainen saa tulla raskaaksi ja hänelle voidaan antaa myös lapsettomuushoitoja, kunhan hyljinnäestolääkitys on hyvässä tasapainossa ja muutettu raskauteen sopivaksi. Ei ole oletettavaa, että kohdunsiirron jälkeen syntyneet lapset poikkeaisivat jotenkin lapsista, joiden äiti on saanut jonkin toisen elinsiirteeseen. Hyljinnäestolääkkeiden riskit liittyvät vuosien tai vuosikymmenten mittaiseen käyttöön. Ne jäävät merkittävästi vähäisemmiksi kohdunsiirtopotilailla, joilla lääkitystä käytetään enimmillään noin viisi vuotta. Tällöin siirre poistetaan. Kohdunsiirron jälkeen synnytys tapahtuu aina keisarileikkauksella. Toiminnan aloittamista pohditaan Suomessa. ETENE on ottanut kantaa pilottitutkimuksen mahdolliseen aloittamiseen ja katsonut, että lainsäädäntöä, etiikkaa ja toiminnan valvontaa tulisi selvittää.

ELINSIIRTOTOIMINNAN LÄPINÄKYVYYS JA ANONYMITEETTI

Elinsiirtoprosessin läpinäkyvyyttä korostamalla voidaan estää laitonta elinkauppaa ja hälventää pelot sen mahdollisuudesta sekä lisätä elinsiirtotoiminnan kustannustehokkuutta. Läpinäkyvyys tarkoittaa erityisesti sitä, että elinten alkuperän tulee aina olla jäljitettävissä riippumatta siitä, onko kyse elävästä vai kuolleesta luovuttajasta. Elinluovuttajien tai elinsiirtolistan tai käytettävissä olevan siirteeseen saajien hyväksymiskriteerien on oltava avoimia.

Läpinäkyvydessä on otettava huomioon, että elimen saajan henkilöllisyyttä ei saa paljastaa aivokuolleen luovuttajan lähiomaisille eikä luovuttajan henkilöllisyyttä saajalle. Suomessa elinsiirtotoiminta on keskitetty HYKSiin. Siellä pidetään rekisteriä kaikista siirron saaneista ja luovuttajista riippumatta siitä, onko kyse elävästä vai kuolleesta luovuttajasta. Siirroissa käytettyjen elinten laatuun ja turvallisuuteen liittyvät seikat on myös kirjattu HYKSin elinsiirtorekistereihin. ■

Lisätietoja:

Antman A-M. Aivokuollut elinluovuttajana. Suomen Lääkärilehti 2011;66:1387–91.

Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö 2014:14. ETENEn lausunto elinluovutus verenkierron pysähtymisen jälkeen –toiminnan aloittamisesta Suomessa. STM 2628/2019.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2010/45/EU annettu 7.7.2010 elinsiirtoa varten tarkoitettujen ihmiselinten laatu- ja turvallisuusvaatimuksista.

Helanterä I, Isola T, Lehtonen TK, Åberg F, Lempinen M, Isoniemi H. Association of Clinical Factors with the Costs of Kidney Transplantation in the Current Era. *Ann Transplant*. 2019 Jul 2;24:393–400.

Lempinen M, Koivusalo A Enemmän elinsiirtoja verenkierron pysähtymisen jälkeisillä elinluovutuksilla *Duodecim* 2020;136(9):979-81

Lesieur O, Genteuil L, Leloup M. A few realistic questions raised by organ retrieval in the intensive care unit. *Ann Transl Med* 20175(Suppl 4): S44.

Proceedings of the 2nd workshop for the network of national focal points on transplant-related crimes. European directorate for the quality of medicines & healthcare, Council of Europe, 2017.

Safety, quality and ethical matters related to the use of organs, tissues and cells of human origin. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2017.

Sairanen T, Koivisto A, Koivusalo AM, Rantanen K, Mustanoja S,

Meretoja A, Putaala J, Strbian D, Kaste M, Isoniemi H, Tatlisumak T. Lost potential of kidney and liver donors amongst deceased intracerebral hemorrhage patients. *Eur J Neurol* 2014;21(1):153–9. Nov 7.

Taylor LJ, Buffington A, Scalea JR, Fost N, Croes KD, Mezrich JD, Schwarze ML. Harms of unsuccessful donation after circulatory death: An exploratory study. *Am J Transplant* 2018;18:402-9.

Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs. Directorate General of Human Rights Council of Europe, 2009.

WMA Declaration of Sydney on the Determination of Death and the Recovery of Organs (1968) 2016: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-sydney-on-the-determination-of-death-and-the-recovery-of-organs/>

WMA Statement on Organ and Tissue Donation (2012) 2017: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-organ-and-tissue-donation/>

Kehitysvammaisen potilaan hoito

Vammaisille kuuluvat samat oikeudet kuin muillekin ihmisille. Vammaisuutta ei pidä rinnastaa sairauteen, vaikka sen taustalla voi olla sairaus. Se on ennemmin yksilön ominaisuus sukupuolen ja ihonvärin tapaan.

Hyvän tekemisen ja haitan välttämisen eettiset periaatteet korostuvat kehitysvammaisia hoidettaessa, koska heidän kykynsä käyttää itsemääräämisoikeuttaan on rajoittunut.

Kehitysvammaisen henkilön henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnyntäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi. Kehitysvammaiset ovat heterogeeninen ryhmä ihmisiä. Kehitysvammaisuus on myös vahvasti kulttuurisidonnainen käsite. Älyn korostuminen länsimaisessa kulttuurissa vaikuttaa siihen, että kehitysvammaisuus luokitellaan poikkeavuudeksi. Esimerkiksi monissa kehitysmaissa vammaisina pidetään ainoastaan henkilöitä, joilla on näkyvä fyysinen vamma.

Ihmisoikeussopimukseen ja -periaatteisiin on sisällytetty samat ihmisoikeudet kaikille. Ihmisarvo ja -oikeudet eivät ole sidoksissa yksilön tuottavuuteen tai hyödyllisyyteen, vaikka yhteiskunta korostaisi tehokkuutta, tuottavuutta ja normaaliutta.

Vammaisuuden taustalla on usein sairaus, mutta vammaisuutta sinänsä ei pidä rinnastaa sairauteen. Se on pikemmin yksi yksilön henkilökohtaisista ominaisuuksista sukupuolen tai ihonvärin tapaan. Vamma on nähtävä häirtana, jonka minimoimisessa ovat tärkeitä lääketieteen ja teknologian menetelmät yhteiskunnallisten toimien lisäksi.

KEHITYSVAMMAISEN HENKILÖN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Itsemääräämisoikeus kuuluu vammaisen perusoikeuksiin, ja se on kirjattu YK:n vuonna 2006 hyväksymään vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevaan yleissopimukseen. Suomi on lainsäädännössään vahvistanut asetuksella tämän sopimuksen (27/2016).

Yksilönvapauden korostaminen kehitysvammaisten potilaiden hoidossa on ongelmallista, koska heillä voi olla vammansa takia rajoittunut mahdollisuus ymmärtää ja siten päättää itseään koskevista asioista. Yksilönvapauden liiallinen korostaminen voi johtaa heikompien yksilöiden, kuten kehitysvammaisten, syrjäytymiseen ja jopa heitteillejättöön.

Kehitysvammaisen kyky ymmärtää sairauttaan ja määrätä hoidostaan vaihtelee. Esimerkiksi keskiasteisesti kehitysvammainen Down-henkilö pystyy ymmärtämään arjen tavanomaiset asiat ja osallistumaan tuettuna muun muassa lääkärin tutkimukseen, verinäytteiden ottoon ja muihin vastaaviin toimenpiteisiin liittyvään päätöksentekoon. Hoidostaan päättämään kykenevillä potilailla, myös kehitysvammaisilla, on oikeus kieltää tietojen antaminen omaisille. Kun kyseessä on syvästi kehitysvammainen henkilö, itsemääräämisoikeus ei välttämättä ole mielekäs käsite. Kehitysvammaiseen olisi suhtauduttava kuin kehitystasoltaan vastaavan ikäiseen lapseen tai nuoreen ottaen huomioon potilaan elämäkokemus.

Syvästi kehitysvammaisen potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen edellyttää usein lähiomaisen, muun läheisen tai laillisen edustajan kuulemista tavoitteena selvittää, millainen hoito vastaisi potilaan itsensä tahtoa. Jos sitä ei pystytä selvittämään, potilasta on hoidettava hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. Jos kehitysvammainen potilas kykenee kehitysvammaisuudesta huolimatta ymmärtämään sairautensa ja päättämään hoidostaan, hänen oma mielipiteensä on luonnollisesti ratkaiseva. (Ks. [Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet](#))

Kehitysvammaisten lasten ja nuorten hoitoa koskeviin kysymyksiin soveltuvat samat säännökset kuin muihinkin lapsiin ja nuoriin. Yleensä sopimukset lääketieteellisestä hoidosta ja toimenpiteistä tehdään huoltajien kanssa. Huostaanotetun kehitysvammaisen nuoren hoidosta päättävät sosiaaliviranomaiset.

Kehitysvammainen potilas tarvitsee usein enemmän aikaa ja erilaisia kommunikaatiokeinoja terveyteensä liittyvien kysymysten ymmärtämiseen, erilaisten hoitovaihtoehtojen pohittamiseen sekä päätösten tekemiseen kuin potilas, joka ei ole kehitysvammainen. Hänen voi olla vaikea tuottaa puhetta, erityisesti hänelle vieraan henkilön, kuten lääkärin vastaanotolla. Kommunikaatiota helpottaa, jos hoitava lääkäri pysyy samana, vastaanotolle on järjestettävissä riittävästi aikaa, ja tarvittaessa voidaan käyttää potilaille tuttua henkilöä, tukihenkilöä tai tulkkia. Hoitoratkaisuja ei aina tarvitse tehdä heti ensi vastaanotolla.

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN RAJOITTAMINEN

Kehitysvammaisen henkilön henkilökohtaista vapautta joudutaan toisinaan rajoittamaan tai puuttumaan hänen fyysiseen koskemattomuuteensa, jos hän on vaaraksi itselleen tai muille. Rajoittamista koskevat säännökset kehitysvammaisten erityishuoltoa koskevassa laissa uudistettiin YK:n vammaissopimuksen ratifioinnin yhteydessä. Periaate rajoittamistoimenpiteissä on, että niitä pyritään välttämään ja mahdollisuuksien mukaan ennakoimaan ja niiden on aina oltava vasta viimeinen vaihtoehto muiden keinojen osoittauduttua riittämättömiksi. Rajoittamiseen ei saa turvautua henkilöstöresurssien vähyyden vuoksi, eikä toimenpiteitä saa käyttää ohjauskeinona tai rangaistuksena. Rajoitteista on ilmoitettava kehitysvammaisen edustajalle, ja valvontaviranomaiset seuraavat rajoitteiden käyttöä yksiköissä, joissa rajoittaminen ylipäätään on lain mukaan sallittua.

Kehitysvammaista ei pidä hoitaa tahdonvastaisesti ilman, että toimenpide on arvioitu välttämättömäksi ja sen suorittaminen potilaan edun mukaiseksi. Tällaisia hoitotoimenpiteitä ovat esimerkiksi syöttäminen nenämahaletkun avulla, pistoksina annettava rauhoittava lääkitys, virtsarakon katetrointi tai peräruiskeiden antaminen. Ennen välttämättömäksi arvioidun toimenpiteen toteuttamista on pohdittava, voidaanko se suorittaa yhteisymmärryksessä. Hoitolinjoista ja toimenpiteiden käytöstä tulisi pyrkiä sopimaan huoltajan tai muun laillisen edustajan kanssa.

HYVÄN TEKEMINEN JA VAHINGON VÄLTÄMINEN

Koska kehitysvammaisen henkilön kyky käyttää itsemääräämisoikeuttaan on rajoittunut, hoidossa korostuvat hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen eettiset periaatteet. Voi kuitenkin olla ongelmallista arvioida hyviä lopputuloksia, kuten elämän laadun paranemista, jos potilas ei kykene sitä ilmaisemaan. Tästä seuraa eettisiä ja käytännöllisiä haasteita tilanteissa, joissa lääkäri joutuu punnitsemaan eri toimenpiteistä potilaalle koituvien hyötyjen suhdetta haittoihin. Vahingon välttämiseen liittyy pidättäytyminen hoitotoimenpiteistä, kun niistä saavutettava hyöty on vähäinen ja ne lisäävät potilaan kärsimyksiä. Hoidon tavoitteista ja periaatteista on hyvä keskustella kehitysvammaisen potilaan huoltajan tai muun laillisen edustajan kanssa.

Käytännössä tulee pohdittavaksi, jätetäänkö sellaisia kehitysvammaisen sairauksia tutkimatta ja hoitamatta, jotka älyllisesti normaalisti kehittyneillä henkilöillä hoidettaisiin. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista turvaa vammaisille henkilöille oikeuden samanlaajuisiin, -laatuisiin ja -tasoiisiin terveyspalveluihin kuin muilla. Kehitysvammaisen henkilön tutkimusten ja hoidon indikaatiot ovat tämän periaatteen mukaan samat kuin ei-kehitysvammaisilla, potilaan kokonaistilanne huomioon ottaen. Esimerkiksi vaikeasti vammaisen potilaan sydänvika leikataan silloin, kun se lääketieteellisesti arvioiden on mahdollista. Toisaalta leikkausratkaisua tehtäessä otetaan huomioon potilaan eliniän ennuste. Down-lasten sydänvikoista yleisimpiä ovat eteisen ja kammion väliseinän aukot, jotka näin ollen yleensä leikataan. Harvinaisemmissa 13- ja 18-trisomioissa lapset elävät harvoin yli yksivuotiaiksi ja heillä on usein sydänvikojen lisäksi muita vaikeita rakennepoikkeamia. Heidän sydänvikojensa korjauksesta on yleensä luovuttu.

HOIDOLLISIIN ERITYISTILANTEISIIN LIITTYVIÄ EETTISIÄ NÄKÖKULMIA

Suhtautuminen tehohoitoon ja elvytykseen on vaikea kysymys kehitysvammaisten hoidon etiikassa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE toteaa kannanotossaan 2007, että vammaisuus ei ole peruste erilaiselle kohtelulle terveydenhuollossa, vaan vaikeasti kehitysvammaisen lapsi on oikeutettu yhdenvertaisuusperiaatteen mukaisesti parhaaseen mahdolliseen hoitoon. Potilaskohtaisesti ja tilannekohtaisesti on tietenkin arvioitava, mikä hoito on parasta mahdollista ja mitkä ovat suunnitellun hoidon hyödyt ja haitat. Kannanotossaan ETENE toteaa, että mikäli lapsi sairastaa etenevää aivosairautta, sairauden hoito vaikeutuu ajan mittaan ja ennen pitkää tehohoidon arvioidaan tuottavan enemmän haittaa kuin hyötyä. Hoitovaihtoehtojen haittojen ja hyötyjen punnitseminen on vaativa tehtävä, ja päätöksen tehohoidosta luopumisesta tai elvyttämisestä pidättäytymisestä pitää tämän vuoksi olla kokeneen erikoislääkärin vastuulla. Hoitopäätökset on tehtävä yhteisymmärryksessä lapsen huoltajan tai muun laillisen edustajan kanssa. Hoitopäätökset ja niiden perustelut on syytä kirjata huolellisesti sairaskertomukseen.

Joidenkin kehitysvammaisten ongelmana on itseen tai toisiin kohdistuva aggressiivinen käyttäytyminen tai ympäristön tuhoaminen, jota ei saada hallintaan tavanomaisin keinoin. Tällainen käyttäytyminen voi johtua psykiatrisesta häiriöstä, joita kehitysvammaisilla on enemmän kuin muulla väestöllä, tai vuorovaikutuksen ongelmista. Kommunikoinnin vahvistaminen tai arjen tilanteiden toimintatapojen tarkistaminen voivat auttaa hoitoratkaisuissa. Joskus joudutaan turvautumaan itsemääräämisoikeuden rajoituksiin.

OIKEUDENMUKAISUUS

Kehitysvammaisella potilaalla on oikeus kaikkiin julkisen terveydenhuollon tarjoamiin palveluihin. Käytännössä potilasta voidaan kuitenkin kohdella epäoikeudenmukaisesti muun muassa hoidon tarpeellisuuden arvioinnissa ja priorisointitilanteissa. Kehitysvammaiset tarvitsevat erityispalveluita, mutta käytännössä heidän oikeutensa saada tarvitsemaansa hoitoa ja apua eivät aina toteudu. Kunnallisen itsehallinnon takia palvelutarjonnassa on suuria alueellisia eroja.

Kehitysvammaisten syrjäytymisen ja eristämisen ehkäiseminen on tärkeä osa oikeudenmukaisuutta. Tähän pyrkivät sekä vammaisia koskeva lainsäädäntö että vammaisten hyvinvointia koskevat valtakunnalliset suunnitelmat. Lainsäädännössä taataan kehitysvammaisille erityiset palvelut, ja suunnitelmien mukaan muun muassa asumispalveluissa pyritään siirtämään painopistettä avohoitoon. Lääkäreiden asenteilla ja käytännön toiminnalla on suuri vaikutus sekä kehitysvammaisten saamaan hoitoon että pyrittäessä vaikuttamaan yhteiskunnan suhtautumiseen kehitysvammaisiin. ■

Lisätietoja:

Arvio M. Kehitysvamma on elinikäinen. Duodecim 2018;134:450–5.

Helin M. Lapsi ja vajaakykyinen potilaana. Suomen Lääkärilehti 2003;58:4025–8.

Pyykkönen H. Down perheessämme. Duodecim 2006;122:1942–7.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE): Kannanotto vaikeasti kehitysvammaisen lapsen elvyttämisestä ja tehohoidosta 4.4.2007. <http://www.etene.fi/aineistot/julkaisut>

YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista 12/2006. Vahvistettu asetuksella 27/2016. https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2016/20160027/20160027_2#idp448081680

Urheilija ja lääkäri

Urheilulääkärin ensisijainen tehtävä on vastata urheilijan terveydentilasta.

Hänen on painokkaasti vastustettava kiellettyjen ja terveyttä vaarantavien keinojen käyttöä suoritusten parantamiseksi ja annettava antidoping-valistusta kaikille urheilun parissa toimiville.

Urheilulääkärin toimintaa ohjaavat lääkintäeettiset ohjeet, lainsäädäntö sekä urheilun kansalliset ja kansainväliset säännöt. Maailman lääkäriliitto WMA on antanut terveydenhuollon periaatteista urheilulääketieteen alalla julistuksen, jonka Suomen Lääkäriliitto ja Urheilulääkäriyhdistys ovat hyväksyneet kaikkia jäseniään sitovaksi.

Urheilussa tavoitteena on yleensä suorituskyvyn tai urheilusuorituksen parantaminen, ja joskus siihen pyritään myös kielletyillä tai urheilijan terveyttä vaarantavilla keinoilla.

Mitä lähempänä kansallista tai kansainvälistä huippua ollaan ja mitä suuremmat rahavirrat urheilussa liikkuvat, sitä todennäköisemmin urheilijan valmentautumiseen pyrkivät

vaikuttamaan myös moraalista ja etiikasta piittaamattomat tahot. Huippu-urheilun merkitys geopoliittisella kentällä johtaa hankalimmillaan jopa valtiotasolta johdettuun keinotekoiseen suorituskyvyn parantamiseen. Yhä parempia tuloksia tavoitteleva urheilija on otollista maaperää suorituskyvyn kasvua kauppaaville tahoille. Siksi myös huippu-urheilun on huolellisesti päivitettävä säännöstöjensä kiellettyjen menetelmien ja suorituskyvyn keinotekoisien parantamisen kitkemiseksi lääkäriasiantuntijuutta hyödyntäen. On tärkeää huomioida myös mahdolliset lääkärin eduksi syntyvät eturistiriidat; lääkärin tehtävänä ei ole edistää omaa toimintaansa urheilijan avulla.

Lääkäri toimii urheilussa usein yksin – liiton tai seuran ainoana lääkärinä. Tällöin hän saattaa päätyä tilanteeseen, jossa hänellä ei ole riittävää ammatillista osaamista tai tutkimus- ja hoitomahdollisuuksia tehtävän laadukkaaseen hoitamiseen. Ryhtyessään lajiin, seuran, joukkueen tai muun tahon urheilulääkäriksi lääkärin on tehtävä itselleen, mahdolliselle työnantajalleen ja urheilijalle selväksi, mitkä ovat kyseisen urheilulääkäritoiminnan muodot, lääkärin velvollisuudet ja oikeudet. Epäselvyyksien välttämiseksi on syytä tehdä kirjallinen sopimus. Sopimusmalli löytyy muun muassa Suomen Lääkäriliiton internet-sivuilta.

Urheilijan ympärillä toimivien muiden henkilöiden käsitykset hyväksyttävistä toimintavoista voivat erota lääkärin etiikasta. Tällöin urheilulääkärin toimintaan voi kohdistua kovia paineita. Lääkärinä saatetaan esimerkiksi painostaa antamaan osallistumislupa urheilijalle, jonka loukkaantumisen riski on suurentunut, tai puuduttamalla peittelemään vammaa. Tällaisessa tilanteessa urheilulääkärin täytyy muistaa, että hänen ensisijainen tehtävänsä on vastata urheilijan terveydentilasta, jota ei saa missään oloissa vaarantaa. Vammautuneen urheilijan peluuttaminen joukkueessa voisi olla joukkueen edun mukaista, mutta urheilulääkärin ei pidä sallia sitä, jos peluuttaminen voi vaarantaa urheilijan terveyden.

Kaikessa urheilussa on loukkaantumisen vaara, mutta nyrkkeilyssä nimenomaisena tarkoituksena on vastustajan fyysinen vahingoittaminen. Pääsuojuskaan – jos sitä käytetään – ei suojaa päätä eikä aivoja kovin voimakkailla iskuilta. Murtumien sekä silmä- ja korvavammojen lisäksi päähän kohdistuneet iskut saavat aikaan aivovammoja, joiden vauriot voivat jäädä pysyviksi tai pahimmassa tapauksessa johtaa kuolemaan.

WMA on ottanut voimakkaasti kantaa nyrkkeilyn ja muiden sitä sisältävien lajien kieltämisen puolesta. Vaikka kieltö ei ole vielä näköpiirissä, on kaikkien nyrkkeilijöiden terveydentilaa seurattava tiiviisti ja selvitettävä erityisesti neurologinen tila ennen jokaista ottelua ja sen jälkeen. Tätä varten koulutetuilla lääkäreillä pitää olla oikeus keskeyttää ottelu ja lääketieteellisistä syistä tarvittaessa kieltää sen jatkaminen vakavan vahingon välttämiseksi.

Huippu-urheilijalle harjoittelu ja kilpaileminen ovat urheilijan ammatinharjoittamista. Vakavan vamman jälkeen paluu normaaliin huippu-urheilijan arkeen ei ole kaikissa tapauksissa suositeltavaa. Esimerkiksi paluu normaaliin harjoitteluun ja kilpailemiseen alaraajojen kantavien nivelpintojen laajan vaurion jälkeen voi vaarantaa huippu-urheilijan terveydentilan tulevina vuosina. Näissä tapauksissa urheilulääkärin on suositeltava huippu-urheilijalle urheilu-uran lopettamista.

Urheilevia lapsia ja nuoria hoitaessaan urheilulääkärin on tuettava normaalia kasvua ja kehitystä. Lääkärin on varmistuttava siitä, että lapsen tai nuoren terveydentila kestää valmennuksen ja kilpailun rasitukset. Huomiota täytyy kiinnittää fyysisen tai psyykkisen kehityksen mahdollisiin riskeihin. Eräissä lajeissa – kuten taitoluistelu ja voimistelu – syömishäiriöiden riski on tunnistettava. Jos urheilulääkäri havaitsee lapsen tai nuoren kasvun ja kehityksen vaarantuvan urheilussa ja harjoittelussa, hänen täytyy kertoa näkemyksensä nuorelle ja tämän vanhemmille ja pyrkiä mahdollisuuksiensa mukaan vaikuttamaan harjoittelun sisältöön.

Koska urheilulääkäreille ei ole yhtenäistä koulutusta, lääkärin on itse huolehdittava alan riittävästä tuntemuksesta. Hänen on hankittava tietoa kyseessä olevasta lajista sekä siihen

liittyvistä kansallisista ja kansainvälisistä säännöistä. Lisäksi hänen täytyy tuntea Suomen Urheilun Eettisen Keskuksen (SUEK) ohjeistus, joka vastaa antidopingtoiminnan, kilpailumanipulaation ehkäisyn sekä katsomoturvallisuuden ja -viihtyvyyden valtiosopimusten toimeenpanosta.

Suomen olympiakomitea on ottanut käyttöön niin sanotun omalääkärijärjestelmän, jossa jokainen olympiakomitean tukea saava urheilija nimeää itselleen nimikkolääkäriin. Näitä lääkäreitä kannustetaan osallistumaan vuosittain olympiakomitean nimeämiin koulutustilaisuuksiin, joissa myös linjataan yhdessä ajankohtaisia urheilulääketieteen eettisiä kysymyksiä.

URHEILUN SÄÄNNÖT JA LAINSÄÄDÄNTÖ

Urheilulääkäriin toimintaa ohjaavat lääkintäeettiset ohjeet, lainsäädäntö sekä urheilun kansalliset ja kansainväliset säännöt. Maailman lääkäriliitto WMA on antanut terveydenhuollon periaatteista urheilulääketieteessä julistuksen, jonka Suomen Lääkäriliitto ja Urheilulääkäriyhdistys ovat hyväksyneet kaikkia jäseniään sitovaksi.

Suomessa dopingvalvontaa ja -testausta sääntelee pääasiassa SUEK:n vahvistama antidopingsäännöstö. Se on laadittu Maailman Antidopingneuvoston WADA:n tekemän harmonisoidun säännösten pohjalta. Nämä säännöt sisältävät yksityiskohtaisen luettelon aineista ja menetelmistä, jotka urheilussa on kielletty. Yleinen seuraamus sääntöjä rikkovalle lääkärielle on vähintään neljän vuoden toimintakielto. Maksimissaan lääkäri voi saada elinikäisen toimintakiellon urheilun parissa. Jos kiellettyjä aineita on annettu alaikäiselle urheilijalle, seurauksena on aina elinikäinen toimintakielto.

Dopingia käsitellään myös Euroopan neuvoston dopingin vastaisessa yleissopimuksessa sekä EU:n lääkkeitä koskevissa direktiiveissä. Suomen lainsäädännössä lääkärin toimintaa urheilussa koskevat rikoslaki (39/1889) ja lääkelaki (395/1987) sekä muu terveydenhoitoa koskeva lainsäädäntö.

Rikoslain 44 luvussa kielletään dopingaineiden valmistaminen, maahantuonti, välittäminen ja hallussapito levittämistarkoituksessa sekä näiden tekojen yritys. Teot ovat rangaistavia vain laittomassa toiminnassa. Useita rikoslaisissa dopingaineiksi määriteltyjä hormoneja käytetään myös lääkteinä. Dopingrikoksia koskevia säännöksiä sovelletaan esimerkiksi silloin, kun lääkäri ilman lääketieteellistä perustetta määrää hormonia tietäen, että ainetta tullaan käyttämään dopingaineena eikä lääkkeenä. Dopingaineiksi rikoslaki kirjaa synteettiset steroidit, testosteronin, kasvuhormonin ja niiden johdokset sekä niiden tuotantoa ihmiskehossa lisäävät aineet.

Urheilijoilla on oikeus saada sairauksiinsa asianmukaista hoitoa. Jos hoito edellyttää kulloinkin voimassa olevan dopingsäännösten kieltämien lääkeaineiden käyttöä, kansainvälisen tason urheilijat voivat hankkia käyttöluvan lajin kansainväliseltä lajiliitolta ja kansallisen tason urheilijat SUEK:lta erivapausmenettelyllä.

Vaikka urheilun pelisääntöjä on tarkennettu, kaikkia yksityiskohtia ei kuitenkaan voi säännöissä tai laissa määritellä. Lääkäriin täytyy osaltaan nostaa ongelmakohdat esiin, ja hän voi stimuloida keskustelua yhteisen linjan löytämiseksi. Kansainvälisten linjausten puuttuessa eri maiden kansalliset eettiset päätökset saattavat poiketa toisistaan suuresti. Lisähapen antaminen ja alppimajan käyttö ovat esimerkkejä urheilijan suorituskykyyn vaikuttavista keinoista, joita ei mainita säännöissä.

Järjestäytyneen urheilun ohella lääkkeitä käyttävät dopingtarkoituksessa myös tavalliset liikkujat ja kuntoilijat. Lääkeaineiden käytön syynä ovat tällöin lähinnä dopingaineiden ulkonäköä muokkaavat vaikutukset ja kunnon kohoaminen nopeammin. Vaikka dopingai-

neiden käyttö järjestäytyneen urheilun ulkopuolella ei ole urheilujärjestöjen säädöksen vastaista dopingia, lääkkeaineet voivat aiheuttaa merkittäviä haittavaikutuksia käyttäjille. Lääkärin on kerrottava myös kuntoilua harrastavalle potilaalleen lääkkeiden haitoista ja kehoitettava tätä lopettamaan lääkkeaineiden dopingkäyttö.

SUKUPOULIVARIAATIOISTA HUIPPU-URHEILUSSA

Transsukupuolisten naisurheilijoiden osallistuminen naisten sarjoihin on aiheuttanut ristiriitoja. Kansainvälisen Olympiakomitean ohje (IOC consensus meeting on sex reassignment and hyperandrogenism 2015) sallii transnaisten kilpailla naisten sarjoissa, jos heidän testosteroniarvonsa on alle 10 nmol/l. Tämä arvo on merkittävästi korkeampi kuin cisnaisilla. Eri maiden lainsäädännön mukaan transnaisen ei välttämättä tarvitse poistattaa kiveksiä, joten fysiologinen testosteronituotanto jatkuu.

Yksi esimerkkitapaus on sukupuoltaan vaihtanut painonnostaja. Hän oli syntyessään mies, ja hän on aikuisiällä käynyt läpi sukupuolenkorjausleikkauksen ja siihen liittyvät hoidot, joiden jälkeen hänen testosteronitasonsa oikeuttaa hänet kilpailemaan naisten sarjassa. Voimantuottoon liittyvässä lajissa aikaisempi hormonitaso ja sen mahdollistama harjoitusvaste kiistatta edelleenkin vaikuttavat transnaisen lihasvoimaan.

Huhtikuussa 2019 urheilun välitys- ja valitustuomioistuimien CAS teki päätöksen evätä naisurheilijan osallistumisoikeuden Kansainvälisen Yleisurheiluliiton IAAF (nykyisin World Athletics, WA) kilpailuihin perustuen IAAF:n omiin säännöksiin hyperandrogenismista. Tällä urheilijalla oli todettu epätypillinen kromosomisto ja poikkeavan suuri testosteronipitoisuus, joka ylittää naisille säännöissä määritellyn hyväksytyt tason. Päätös herätti runsaasti keskustelua naiseksi määritellyn ihmisen osallistumisoikeudesta naisten sarjoihin. Juridisesti ongelma liittyi IAAF:n säännösten epätarkkuuteen ja määrittelyyn.

Toisaalta samaa erottelua on tehty esimerkiksi maastohiihdossa jo useiden vuosien ajan eritasoisilla miesten ja naisten hemoglobiinirajoilla (miehillä 180 g/l ja naisilla 165 g/l) sen aiheuttamatta laajempaa julkista keskustelua. Huippu-urheilijoiden testauksessa nykyisin käytössä oleva biologinen passi ennaltaehkäisee tulevaisuudessa monta ongelmaa esimerkiksi urheilijoilla, joilla on luontaisesti korkea hemoglobiiniarvo, ja urheilijoilla, jotka parantavat suorituskykyään poikkeavan nopeasti.

Nämä esimerkit osoittavat, kuinka haastavaa on luoda huippu-urheiluun tasapuoliset lähtökohdat rehtiin kilpailuun. Urheilun omien sääntöjen muokkaamisessa tarvitaan myös lääkärin tukea. Maailman lääkäriliiton mukaan lääkärin ei pidä osallistua terveen naisen hormonitasojen lääkkeelliseen alentamiseen urheilun vuoksi.

LUOTTAMUKSELLISUUS JA TIEDOTTAMINEN

Urheilijalla on potilas-lääkärisuhteessa oikeus täydelliseen luottamuksellisuuteen. Sen rajoja koetellaan monesti, kun urheilija on julkisuuden henkilö. Siksi lääkärin on oltava ehdottoman pidättyväinen kaikesta urheilijan vammoihin ja sairauksiin liittyvästä tiedottamisesta, ellei siitä ole erikseen sovittu urheilijan kanssa. Tietyissä tilanteissa on myös syytä harkita, pitääkö tiedottamisen suhteen olla aktiivinen, jotta pystytään välttämään mahdollisen virheellisen uutisoinnin aiheuttamaa haittaa. Tällöin asiasta pitää sopia urheilijan ja hänen mahdollisen työnantajansa (seuransa) kanssa.

AKTIIVINEN VUOROPUHELU URHEILIJAN KANSSA

Urheilulääkäri on oman alansa asiantuntija, jonka tehtäviin kuuluu terveyden aktiivisen edistämisen ohella myös omaan alaansa liittyvien väitteiden ja huhujen kommentointi. Niinpä lääkärin toimenkuvaan kuuluu aktiivinen vuoropuhelu urheilijan ja valmentajan kanssa muun muassa uusista keinoista suorituskyvyn parantamiseksi. Jos keskusteluja ei käydä, erilaisten kokeilujen riski lääkärin tietämättä kasvaa. Näillä keskusteluilla lääkäri myös luo itselleen urheiluyhteisössä tarvitsemansa auktoriteetin ja luottamuksen. Näin varmistetaan myös se, että urheilulääkäreitä kuullaan kaikissa urheilijan terveyteen liittyvissä ratkaisuisissa.

Lääkärin tulee kaikessa toiminnassaan noudattaa sekä ammattietiikkaansa että urheilussa voimassa olevia sääntöjä. Jos säännöt eivät anna vastausta, lääkärin on tuettava pyrkimystä eettisesti kestäviin ratkaisuihin. Lääkärin on tehtävä toimeksiantajansa kanssa kirjallinen sopimus eettisten ohjeiden noudattamisesta.

Urheilulääkärin pitää tiedostaa asemansa, velvollisuutensa ja vastuunsa. Hänen pitää kaikessa toiminnassaan vastustaa dopingia ja antaa monipuolista antidopingvalistusta eri tahoille. Lääkäri on yksi niistä auktoriteeteista, jotka ajatuksillaan ja toiminnallaan ohjaavat urheilijaa eettisesti kestäviin ratkaisuihin. ■

Lisätietoja:

Kansainvälisen urheilulääkärijärjestön eettiset kannanotot. <http://www.fims.org/en/general/code-of-ethics>

Maailman antidopingsäännöstö, World Anti-Doping Code. www.wada-ama.org

Suomen Lääkäriliiton ohjeet urheilulääkäreille, 2002. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/toiminta-urheilulaakarina/>

Suomen antidopingsäännöstö. www.suek.fi

Urheilulääkärin työsopimus -malli: <https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/4883/2003-urheilulaakarintyosopimus.pdf>

Geenitestit

Geenitestit eroavat useimmista muista laboratoriotutkimuksista siinä, että tulokset ovat pääosin pysyviä ja koskevat potilaan lisäksi hänen sukulaisiaan.

Testaukseen liittyy tutkittavan perusteellinen informointi testien ja niiden tulosten merkityksestä.

Lääkäri ei yleensä voi ottaa sukulaisiin yhteyttä ilman potilaan lupaa, vaan potilaan tehtäväksi jää välittää sukulaisilleen tieto geenitestien tarpeellisuudesta. Ääritapauksessa suora yhteydenotto voi kuitenkin olla eettisesti perusteltu.

Geneettisillä tutkimuksilla tarkoitetaan DNA- ja kromosomitutkimusten ohella geenituotteen (RNA, proteiini) analysoimista tai laajemmin katsoen kliinisiä tutkimuksia, joita tehdään geneettisen diagnoosin tai alttiuden selvittämiseksi. Vaikka geenitestillä tarkoitetaan tässä artikkelissa nimenomaan DNA-testejä, monet DNA-testeihin liittyvät seikat pitävät paikkansa myös muissa geneettisissä tutkimuksissa.

Geenitesteillä on ominaispiirteitä, jotka erottavat ne muista laboratoriotutkimuksista. Ihmisen perimä pysyy kutakuinkin muuttumattomana koko elämän ajan, joten geenitutkimus voidaan tehdä missä iässä tahansa alkiovaiheesta vanhukseseen. Testin tulos on elinikäinen ja peruuttamaton. Geenitestin tulokset koskevat paitsi tutkittavaa myös hänen lapsiaan ja muita sukulaisiaan. Näistä syistä ihmiset kokevat tiedon geenituloksistaan usein erittäin merkittävänä, ja tietosuojan merkitys korostuu tavallista enemmän. (Ks. [Perimän tutkiminen ja siihen vaikuttaminen](#))

SUKULAISTEN INFORMOINTI

Diagnostiset, oireiden syytä selvittävät geenitestit voidaan rinnastaa mihin tahansa lääketieteelliseen tutkimusmenetelmään. Geenitesteistä saatava tieto voi kuitenkin liittyä paitsi potilaaseen myös sukulaisten terveyteen, ja se voi edellyttää suvun informointia ja heille tehtäviä jatkotutkimuksia.

Lääkäri ei yleensä voi ottaa sukulaisiin yhteyttä ilman potilaan lupaa, vaan lääkärin on kehotettava potilasta välittämään heille tieto tutkimusten tarpeellisuudesta. Yleensä potilas on tähän valmis saatuaan riittävästi informaatiota, mutta joskus se voi tuntua hänestä mahdottomalta. Jos on kyse vakavasta, mutta ehkäistävissä tai hoidettavissa olevasta sairaudesta, voi lääkärin suora yhteydenotto olla kuitenkin eettisesti perusteltavissa. Tilanne on vaikea yksityisydensuojan kannalta.

Niissä harvinaisissa tapauksissa, joissa potilas kieltää yhteydenoton sukulaisiin, asia pitäisi pyrkiä hoitamaan paljastamatta potilaan henkilöllisyyttä. Joka tapauksessa on syytä ensin tiedustella sukulaiselta, haluaako hän tietää asiasta. Vasta sitten, jos hän haluaa tiedon, voi kertoa, että suvussa on havaittu esiintyvän tiettyä tautia, johon on hoito tai ennaltaehkäisy. On pyrittävä siihen, että kielteisesti kertomiseen suhtautuvan potilaan henkilöllisyys ei paljastu. Tämä voi todellisuudessa olla vaikeaa esimerkiksi pienissä suvuissa. Lääkärin on muutenkin tarkkaan pohdittava, hyötykö tiedon vastaanottava sukulainen siitä lisätiedosta, kenen geenitestistä tieto on peräisin. Tämän yksityiskohtan paljastaminen ei yleensä ole tarpeellista lääkärin toimesta. Vaikka lupa olisikin – se on syytä jättää suvun sisäiseksi asiaksi. Osa muista

sukulaisista on voinut ilmoittaa, ettei halua tietoa itselleen. Niin lääkärin kuin muidenkin on syytä kunnioittaa heidän tahtoaan. Lääkärin tehtävänä on perustella sukulaisille tutkimusten tarve ja auttaa heitä tutkimuksiin hakeutumisessa omilla asuinpaikkakunnillaan.

Harvinaista vakavaa perinnöllistä sairautta ennustavan geenitestin tekeminen terveelle sukulaiselle sisältää monia erityispiirteitä. Siksi selvittely on parasta hoitaa perinnöllisyyslääketieteen yksiköstä käsin. Kysymyksessä voi olla esimerkiksi periytyvä syöpäalttius tai keski-iässä alkava neurologinen sairaus. Oleellisinta on tutkittavan tietoon perustuva oma-kohtainen päätöksenteko. Kun suvussa on seurannalla ja hoidolla hallittavissa oleva sairaus, esimerkiksi perinnöllinen paksusuolisyöpä, on tilanne yleensä melko suoraviivainen. Tällöinkin lääkärin täytyy hyväksyä se, että sairastumisvaarassa olevalla on informaation saatuaan oikeus jättää selvittämättä, onko hän perinyt syöväälle altistavan geenivirheen vai ei.

Erityisongelmia liittyy tauteihin, joihin sairastumista on mahdollista tutkia ennakoivasti, mutta spesifistä hoitoa ei vielä ole olemassa. Näitä tauteja ovat esimerkiksi Huntingtonin tauti ja perinnölliset pikkuaivoatrofiat. Ennen testausta on tärkeää informoida potilasta perusteellisesti ja keskustella hänen kanssaan tuloksen merkityksestä. Potilaalla pitäisi olla mahdollisuus harkita asiaa kiireettömästi ja valita sopiva testausajankohta oman elämäntilanteensa mukaan. Ennustava testaus voi joskus paljastaa tietoa tutkittavan vanhemmasta, vaikka tämä ei olisi halunnut omaa sairastumismahdollisuuttaan selvittävän. Tilannetta olisi hyvä ennakoida keskustelemalla potilaan luvalla asianomaisen vanhemman kanssa ennen geenitestin tekemistä.

GEENIT EIVÄT KERRO KAIKKEA

Geenitesteillä tehtävät kantajatutkimukset ovat yleistyneet periytyviä sairauksia sairastavissa perheissä sen jälkeen, kun geenivirheet on suureksi osaksi selvitetty. Kun potilas saa geenitestinsä tuloksen, on tärkeää informoida häntä perusteellisesti ja puntaroida hänen kanssaan tuloksen merkitystä juuri hänen ja hänen sukunsa tilanteessa. Erityisen tärkeää tämä on ”varsinaisissa” perinnöllisissä taudeissa, koska geenitutkimuksen tuloksella on suuri merkitys tutkittavalle.

Kantajatestausten tulokset vaativat aina huolellista tulkintaa. Voi olla suhteellisen yksinkertaista selvittää, onko henkilö suvussaan esiintyneen peittyvästi periytyvän taudin kantaja. Tästä olisi kuitenkin lapsia hankkiessa haittaa vain, jos puoliso sattuisi kantamaan jotakin geenivirhettä samassa geenissä. Puolison geenivirhe voi olla erilainen, ja perheen pitäisi saada tieto siitä, millä varmuudella kaikki mahdolliset kyseisen geenin virheet puolisolta pystyttiin sulkemaan pois. Perinnöllisyyslääkärin antama neuvonta on tällaisissa tilanteissa yleensä tarpeen.

Varsinaisia perinnöllisiä sairauksia tutkittaessa geenitestien tulokset ovat yleensä selkeitä verrattuna monitekijäisten tautien, esimerkiksi allergian tai verenpainetaudin alttiusgeenitesteihin. Vaikka kansantaudeille altistavia geenivirheitä tutkitaan paljon, ne tunnetaan edelleen melko puutteellisesti ja geenitestien kliininen käyttö niissä on rajoitettua.

GEENITESTAUUS LAPSUUDESSA

Geenitestausta lapsuusiässä on oma eettinen ongelmansa. On ymmärrettävää, että sairaan lapsen vanhemmat voivat haluta terveiden sisarusten kantajatutkimuksia heti, kun diagnoosi on selvinnyt. Vanhempia voi myös painaa huoli aikuisiällä alkavasta vakavasta sairaudesta, ja he

toivoisivat selvyttä lapsensa tulevaisuudesta. Lasten geenitestauksesta on säädetty joidenkin Euroopan maiden laeissa, mutta ei Suomessa. Alaikäisiä voidaan Euroopan neuvoston bio-lääketiedesopimuksen mukaan tutkia geenitesteillä lähinnä silloin, kun testillä on merkitystä lapsen omalle terveydelle. Suomi on ratifioinut sopimuksen, joten sen merkitys on lain kaltainen.

ALTTIUSGEENIEN JA FARMAKOGENETIIKAN TESTAUS

Tavallisten monitekijäisten tautien taustalla on joskus alttiutta selvästi lisääviä yksittäisiä geenimuotoja (perinnöllinen syöpäalttius, tromboositaipumus). Näiden geenien testauksille on ominaista, että vain osa tietyn geenimuodon kantajista sairastuu. Jos tämä geenimuoto on väestössä yleinen, sitä kantaa hyvin moni sellainenkin, jolle tauti ei koskaan puhkea. Toisaalta tavalliseen tautiin sairastuvat monet, jotka eivät lainkaan kannata tätä altistavaa geenimuotoa.

Näiden geenitestien ”epätarkkuudesta” pitää informoida tutkittavia. Monitekijäisten tautien geneettinen tausta on tavallisesti erittäin monimutkainen: kymmenet tai sadat geenit saattavat modifioida riskiä toisaalta altistaen ja toisaalta suojaten. Geenien toimintaan ja sairastumisriskiin vaikuttavat myös monet ulkoiset tekijät. Näissä tilanteissa ei yleensä ole lainkaan perusteltua käyttää riskiä profiloivia geenitestipaketteja.

Alttiusgeenejä selvittäviä testipaketteja tarjotaan internetin kautta myös suoraan kuluttajille. Tällaisia testejä ostaneet henkilöt saattavat hakeutua terveydenhuoltoon keskustelemaan tuloksista tai pyytämään tilannetta selvitteleviä lisätutkimuksia. Palveluntarjoajia on monentasoisia. Parhaassa tapauksessa tulokset pohjautuvat luotettavaan laboratoriotietoon ja tulkintaan laajan ja usein ristiriitaisen kirjallisuuden valossa. Lääkärin ei voida edellyttää tuntevan eri testintarjoajien menetelmiä ja tulosten luotettavuutta. Jos testin tehnyt henkilö on saanut tuloksen, joka kertoo selvästi suurentuneesta riskistä johonkin sairauteen, kannattaa tilanteeseen suhtautua samalla tavoin, kuin jos sukuanamneesi olisi paljastanut selvästi suurentuneen riskin. Vakiintuneista kliinisistä käytännöistä, esimerkiksi jatkotutkimuksista, ei ole syytä poiketa. Lääkärin on tärkeää vakuuttaa henkilö siitä, että alttiusgeenit ovat vain yksi riskitekijä muiden joukossa, ei ”tuomio”, kuten usein virheellisesti ajatellaan. Eettisesti keskeistä on punnita hyötyjä ja haittoja, kun lisätutkimusten tai vähintään neuvojen tarvetta arvioidaan.

Farmakogeneettisten testien analyysit lisääntyvät, ja niitä on niin suoraan kuluttajille geenitestejä tarjoavien yritysten kuin julkisten laboratorioden valikoimissa. Muun muassa Terveysportista saa lisätietoa kliiniseen käyttöön soveltuvista farmakogeneettisistä testeistä. Kaikki tieto ei kuitenkaan ole vielä vakioitua ja samanarvoista. Farmakogeneettiset testit voivat silti tuoda kliiniseen käyttöön arvokasta tietoa, eikä niitä ole syytä väheksyä.

Osa näistä testeistä testaa alttiutta lääkkeen epätoivotuille vaikutuksille, ja etenkin niissä on syytä ottaa huomioon nosebovaikutus. Tieto geneettisestä alttiudesta lääkkeen sivuvaikutukselle, kuten statiinin aiheuttamalle myopatialle, voi aiheuttaa tarpeetonta lääkkeen välttelyä tai sivuvaikutusten tarkkailua, vaikka riski ei todellisuudessa toteutuisi geenin kantajuudesta huolimatta. Lääkärin pitää arvioida potilaan kokonaistilanne ja käydä hänen kanssaan miehuusti jo ennen geenitestiä huolellisesti läpi, mistä asiassa on kyse. Myös farmakogeneettisissä testeissä harkitaan geenivariantin vakavuuden mukaan, onko sukulaisia tarvetta informoida. Indeksipotilaille on tärkeää selittää, mitä tieto tarkoittaa sukulaisille.

MIHIN TIETOJA KÄYTETÄÄN?

Tieteellisessä tutkimustyössä saadaan usein yksittäistä tutkimuspotilasta koskevaa sairauksiin tai sairausalttuisiin liittyvää tietoa. Geeninäytteitä otettaessa tutkittavat saavat tutkittavalle tarkoitetun tiedotteen ja vahvistavat nimikirjoituksellaan antavansa näytteen tutkimuskäyttöön. Tutkittaville olisi jo tällöin kerrottava, voivatko he halutessaan saada itseään koskevan tiedon vai onko tutkimus sellainen, ettei siitä ole mielekäästä antaa yksilökohtaisia tuloksia. Tutkimustyössä saadut vakavia perinnöllisiä sairauksia koskevat tulokset geenitesteistä olisi mieluummin varmistettava kliinisessä laboratorioissa. Tarvittaessa tämä on syytä tehdä yhteistyössä perinnöllisyysyksikön kanssa siten, että yksikkö myös huolehtii tutkittavan riittävästä informoinnista.

Geenitutkimuksen menetelmät ovat kehittyvässä niin, että suuriakin määriä yksilön geenistä pystytään analysoimaan kohtuullisin kustannuksin. Etukäteistieto yksilöllisistä geenivirheistä antaisi mahdollisuuksia esimerkiksi farmakogeneettisiin sovelluksiin, mutta se herättää myös huolestuttavia kysymyksiä. Käytettäisiinkö tietoja työelämässä työntekijän suojelemiseksi hänelle epäedulliselta työympäristöltä vai työnantajan varjelemiseksi sairauksille alttiilta työntekijöiltä? Määräytyisivätkö vakuutusmaksut geeniemme mukaan, ja olisiko vakuutusyhtiöllä oikeus teettää geenitutkimuksia vakuutuksen hakijoista? Onko terveydenhuollolla resursseja ja tietotaitoa vastata suurten genomitutkimusten ja kuluttajagenetiikan tuottamaan tietotulvaan potilaskohtaisesti? Ihmisiä ei pidä jättää yksin vaikeatulkintaisen genomitiedon kanssa.

Monet näistä huolista kaatunevat siihen, että geenien toiminta näyttää olevan monimutkaisempaa kuin olemme olettaneet. Uhkia on kuitenkin tärkeää ennakoida. On perusteltua varautua torjumaan eriarvoisuutta lisääviä tulkintoja ja käytäntöjä muun muassa lainsäädännöllä.

Suomessa työnantaja ei voi vaatia työntekijää osallistumaan geenitutkimukseen eikä työnantajalla ole oikeutta tietää, onko työntekijälle tehty geenitutkimus (laki yksityisyyden suojasta työelämässä 759/2004). Suomalaiset vakuutusyhtiöt eivät ole aiemmin kysyneet asiakkailtaan mahdollisten ennustavien geenitestien tuloksia. Suhtautumisen muutoksesta on kuitenkin merkkejä. Geeniperimään perustuva syrjintä on toisaalta kielletty biolääketiedesopimuksessa, joten sopimuksen määräys estää muun muassa vakuutusyhtiöitä tekemästä geenitesteihin perustuvia syrjiviä korvauspäätöksiä. Suunnitteilla oleva genomilaki ja sen mahdollisesti mukanaan tuoma genomikeskus ohjeistanevat myös geenitestien käyttöä. Geenitestejä työssään käyttävän lääkärin kannattaa seurata tätä kehitystä.

Potilastapaus

Vakuutusyhtiö pyytää potilaan sairauskertomustietoja. Niistä käy ilmi, että potilaalla on geenivirhe, joka aiheuttaa suurentuneen syöpäriskin. Toisaalta niistä käy ilmi, että potilas on käynyt kyseisen geenivirheen vuoksi toistuvasti syöpäseulonnoissa – mistä voi edelleen päätellä geenivirheen olemassaolon. Mitä tietoja lähetetään ja kenelle?

Käytännössä lääkäri voi joutua tilanteeseen, jossa vakuutusyhtiö pyytää asiakkaansa sairauskertomustietoja, joihin sisältyy ennustavan geenitestin tulos. Tulos voisi epäsuorasti kertoa myös asiakkaan lähisukulaisten riskeistä. Lääkäri voi harkintansa mukaan neuvotella potilaansa kanssa, onko pyydettyjä tietoja järkevää lähettää vakuutusyhtiölle, vaikka vakuutus niiden puuttuessa voisi jäädä saamatta. Asian päättää lopulta potilas itse. Toisaalta on vakuu-

tusyhtiön ja sen muiden asiakkaiden vakuutusmaksujen kannalta ongelmallista, jos ihmiset voivat ottaa halpoja vakuutuksia saatuaan tiedon suuresta sairastumisriskistään.

Ennustavan geenitiedon aiheuttamiin riskeihin on syytä ottaa hyvissä ajoin kantaa lakitasolla. Hyväksymme jo nykyisin sen, että ihmisiä kohdellaan työnhakutilanteissa ja vakuutusta hakiessa osittain eriarvoisesti sen mukaan, ovatko he terveitä vai sairaita. Ennustavat geenitestit tuovat tähän tilanteeseen uusia ryhmiä, kuten ”lähivuosina sairastuvat” ja ”suurentuneessa sairastumisriskissä olevat”. Ketään tällä jatkumolla ei pidä terveydentilan vuoksi aiheettomasti syrjiä. ■

Lisätietoja:

Launis V. Geneettisen tiedon erityisluonne: geenitestauksen eettisiä ongelmia. Suomen Lääkärilehti 2001;56:2819–20.

Orpana A, Järvelä I. Geenitestit – miksi, kenelle, miten ja missä? Suomen Lääkärilehti 2003;58:4707–09.

Kaitila I. Mikä on geenitutkimusten hyöty lääkärille ja potilaalle? Suomen Lääkärilehti 2011;66:12.

Kääriäinen H. Miten lääkäri kertoo potilaalleen geenitutkimuksesta? Suomen Lääkärilehti 2011;66:43–47.

Soini S. Kuluttajille tarjottavat geenitestit juristin silmin. Suomen Lääkärilehti 2011;66:62–65.

Euroopan neuvoston geenitestejä terveydenhuollossa käsittelevä lisäpöytäkirja (Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Genetic Testing for Health Purposes). Council of Europe's treaties no. 203.

<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/203.htm>

Haukkala A, Vornanen M, Halmesvaara O, Konttinen H, Perola M, Kääriäinen H, Jallinoja P, Aktan-Collan K.

Suomalaisten geenitietämys ja suhtautuminen perimästä saatavaan terveystietoon. Duodecim 2018;134(11):1187–95.

Saarela T. Kenet kuuluu lähettää perinnöllisyysneuvontaan? Suomen Lääkärilehti 2019;74:887–889.

Etälääketiede

Etälääketiede on lääkärin ammatin harjoittamista niin, että asiakas (potilas tai apua kysyvä terveydenhuollon ammattilainen) ja ammatinharjoittaja (lääkäri) eivät ole fyysisesti samassa paikassa.

Etälääketiede on tuonut lääkärin käyttöön uusia teknisiä välineitä. Se ei kuitenkaan korvaa lääkärin ja potilaan kohtaamista, jossa lääkäri voi käyttää kaikkia kliinisiä taitojaan. Etälääketiedettä harjoitettaessa on noudatettava hyviä hoitokäytäntöjä, lääkärin etiikkaa ja muutenkin normaaleja lääkärille kuuluvia velvoitteita.

Etälääketieteessä terveydenhuollon palveluja annetaan kehittyneen teknologian keinoin. Tällöin potilaan tutkiminen, tarkkailu, hoito, diagnostiikka, hoitoon liittyvä päätöksenteko ja suositukset perustuvat erilaisilla viestintäjärjestelmillä välitettyihin tietoihin ja dokumentteihin. Palvelut toteutetaan esimerkiksi puhelimen, videovälitteisen internet-yhteyden, suojatun sähköpostiyhteyden, chat-yhteyden, etämonitoroinnin tai välitettyjen kuvien kautta. Myös terveydenhuollon ammattilaisten väliset konsultaatiot voidaan toteuttaa etälääketieteen keinoin.

Toimintatapana etälääketiede ei ole uusi. Diagnostiikkaan ja hoitoon liittyviä päätöksiä on tehty ja kollegoja on konsultoitu puhelimen yms. välineiden avulla vuosikymmeniä. Teknologian ja tietoverkkojen kehitys on kuitenkin tuonut etälääketieteeseen aivan uusia mahdollisuuksia, ja sen käyttö on merkittävästi lisääntynyt terveydenhuollossa. Uudet mahdollisuudet ovat aiheuttaneet uusia eettisiä ja juridisia kysymyksiä. Ammattilaisten käyttämän teknologian lisäksi on kehittynyt suoraan potilaille suunnattuja sähköisiä terveyspalveluita.

Periaatteiltaan etälääketiede ei poikkea muusta lääkärin ammatin harjoittamisesta: hyviä hoitokäytäntöjä, lääkärin etiikkaa ja terveydenhuollon lainsäädäntöä on noudatettava. Käytännön työn haasteet voivat kuitenkin poiketa perinteisestä vastaanotto toiminnasta, esimerkiksi tietosuojan ylläpitämisessä.

Etälääketiede voidaan jakaa ammattilaisten väliseen konsultointiin sekä ammattilaisen ja potilaan väliseen kommunikointiin. Niihin liittyy merkittäviä eroja vastuukysymyksissä ja toimintavaltuuksissa. Lisäksi sosiaalinen media aiheuttaa uusia haasteita lääkärin työhön sekä ammattiroolin ja yksityiselämän rajanvetoon. (Ks. [Lääkäri, julkinen esiintyminen ja sosiaalinen media](#))

VIESTINTÄTEKNOLOGIA POTILAAN JA LÄÄKÄRIN VÄLILLÄ

Lääkärinä toimiminen edellyttää, että lääkäri toimii omalla nimellään, ja tavoitteena tulisi olla, että myös potilas toimii omalla nimellään. Anonyymi vastauspalsta ei siis ole etälääketieteeksi luettavaa toimintaa.

Etäpalvelua tarjoavan lääkärin on arvioitava huolellisesti, sopiiko annettava palvelu toteutettavaksi etäpalveluna. Lisäksi palvelun soveltuvuus on arvioitava erikseen joka potilaalle. Etäpalvelu edellyttää potilaan suostumusta. Sen on katsottu soveltuvan esimerkiksi kroonisten sairauksien seurantaan. Tarvittaessa potilas on ohjattava tavalliselle vastaanotolle. Valviran ohjeistuksen mukaan etäpalvelua ei voi käyttää, jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää potilaan fyysistä tutkimista tai hoitotilannetta, jossa potilaan itsemääräämisoikeutta arvioidaan ja sitä saatetaan rajoittaa.

Kuten lääketieteen muillakin osa-alueilla, lääkäri ja hänen organisaationsa vastaavat tarjottujen palvelujen laadusta ja potilasturvallisuudesta. Jotta potilasturvallisuus ei vaarannu, lääkäri ei saa käyttää etälääketieteen keinoja työtehtävissään ilman, että on varmistettu etälääketieteen palvelujen tuottamisessa tarvittavan välineistön ja ohjelmistojen riittävä laatu, toimintakunto ja tietosuoja. Esimerkiksi kuvien tai biosignaalien tulkinnassa tulee käyttää tarkintaa arvioitaessa, onko käytetty näyttölaite (esimerkiksi puhelimen kuvaruutu) riittävän laadukas ammattimaiseen toimintaan. Myös tietosuojan osalta lääkäri viime kädessä vastaa siitä, että hänen ja potilaan välinen tiedonvaihto ei päädy asiattomien tietoon.

Potilaan ja lääkärin välinen sähköinen viestinvaihto on yhtä luottamuksellista kuin muunkin lääkärin ammatissaan saama tieto, ja lääkäri on osaltaan vastuussa tiedon pysymisestä luottamuksellisena. Lääkärin ja potilaan viestinvaihdossa tulee käyttää järjestelmiä, joissa on riittävän vahva salaus ja joissa osapuolet voidaan luotettavasti tunnistaa. Tunnistamiseen käytetyn menetelmän on oltava todennettavissa jälkikäteen.

Suojattuja viestinvälityspalveluita on toteutettu mm. potilasportaaleissa, joiden kautta potilaille pystytään välittämään sähköisesti tutkimustuloksia ja hoito-ohjeita ja joiden kautta potilaat voivat lähettää esimerkiksi tietoja ja mittaustuloksia voinnistaan terveydenhuoltoon.

Terveydenhuollon toimintayksiköiden käytössä on yleensä myös suojaamaton sähköposti muuta kommunikaatiota varten. Tällaista sähköpostia käytettäessä viestin luottamuksellisuutta ei voida taata, toista osapuolta ei voida luotettavasti tunnistaa eikä ole varmuutta siitä,

että viesti saapuu muuttumattomana perille. Siksi salaamatonta sähköpostia ei tule käyttää potilaan ja lääkärin välisessä viestinvaihdossa muuten kuin hallinnollisissa asioissa (kuten vastaanottoajan varaaminen). Sitä voidaan käyttää myös annettaessa sellaisia yleisiä ohjeita, joiden perusteella ei ole pääteltävissä potilasta koskevia luottamuksellisia tietoja.

Kun potilaalle tarjotaan mahdollisuutta sähköiseen yhteydenpitoon, on varmistettava, että hänen viestinsä päätyvät terveydenhuollon ammattilaisen luettaviksi ja että niihin pystytään asianmukaisesti reagoimaan. Monimutkainen tieto, potilaan kannalta huonot uutiset tai muut tiedot, jotka saadessaan potilas voi tarvita tukea, tulee kuitenkin antaa ensi sijassa henkilökohtaisesti. Lääkärin tulee aina ohjata potilas vastaanotolle, jos se sähköisen kommunikaation perusteella vaikuttaa tarpeelliselta.

Jos potilas ja häntä hoitava lääkäri ovat eri valtioissa, etälääketieteeseen liittyy oikeudellisia erityiskysymyksiä, jotka lääkärin on syytä huomioida. Suomalainen potilasvakuutus on voimassa vain niissä tapauksissa, joissa sekä potilas että lääkäri ovat fyysisesti Suomessa. Jos potilas tai ammattihenkilö tai molemmat ovat ulkomailla ja hoito toteutetaan etäyhteydellä, potilasvahinkolakia ei lähtökohtaisesti sovelleta. Jos hoitosuhde on muodostunut Suomessa ja potilas tai ammattihenkilö on sattumanvaraisesti syystä tilapäisesti ulkomailla ja hoito järjestetään etäyhteyksin, voidaan potilasvahinkolakia poikkeuksellisesti soveltaa. Suomen maa-perällä tapahtuvassa hoitopaikkojen välisessä etäkonsultoinnissa potilasvahinkolakia sovelletaan myös. Kun potilaan hoitoon liittyviä diagnostisia palveluita (esimerkiksi kuvantamis- ja laboratoriotutkimusten analysointi) tilataan ulkomailta, ne kuuluvat Suomessa annettavaan terveyden- ja sairaanhoitoon.

Etälääketieteen keinoja käyttävillä lääkäreillä täytyy olla asianmukainen lupa harjoittaa lääkärinammattia siinä maassa tai valtiossa, johon he palvelujaan tarjoavat, ja heidän tulee olla päteviä sillä lääketieteen alalla, jonka palveluja he tarjoavat. Jos etävastaanotto toiminta on perustettu ulkomaille, sille ei voi saada suomalaista potilasvakuutusta riippumatta siitä, missä maassa potilas palvelua käyttää.

VIESTINTÄTEKNOLOGIA LÄÄKÄRIEN VÄLISESSÄ KONSULTAATIOSSA

Etälääketieteen ratkaisut soveltuvat luontevasti myös lääkärin väliseen kommunikointiin ja konsultaatioihin. Konsultaatioissa vastuu potilaan hoidosta säilyy potilasta hoitavalla lääkärillä. Asianmukaiset potilaskertomusmerkinnät tulee tehdä. Konsultaatiota antavan lääkärin vastuulla on varmistaa, että hänelle on välitetty riittävä ja laadullisesti kelvollinen informaatio. Esimerkiksi kuvantamistutkimusten kuvien tulee olla riittävän tarkkoja ja sähköisessä läheteessä tulee olla mukana käsiteltävän ongelman kannalta oleellinen informaatio.

Etälääketieteeksi voidaan lukea myös lääkärin välinen tiedonvaihto anonymisti esitettyjen potilastapausten hoidossa. Konsultaatiota pyytävällä lääkärillä ei välttämättä ole tarvetta kertoa kollegalle potilaan henkilötietoja. Lääkäriliiton mobiili Kollega-palvelu on tällainen pikakonsultaatiopalvelu ilman potilaan tunnistamista ja hoitovastuun siirtymistä. Erityisesti kun kyseessä ovat harvinaiset sairaudet, voi olla tarpeen hyödyntää myös ulkomaisia asiantuntijoita. Kun kyse on virallisista lausunnoista yms., on otettava huomioon konsultoitavan lääkärin ammatinharjoittamisoikeus kyseiseen toimintaan. Jos konsultaatiopyyntö sisältää henkilötietoja, on noudatettava EU:n yleisen tietosuojasetuksen edellytyksiä. (Ks. Potilasasiakirjat)

ETÄLÄÄKETIETEEN KÄYTÄNNÖN ONGELMIA

Etälääketieteen keinoin voidaan pyrkiä vähentämään vastaanottokäyntejä ja tehostamaan terveydenhuollon toimintaa. Maailman lääkäriliiton mukaan etälääketiedettä ei kuitenkaan tulisi käyttää yksinomaan kustannusten hillinnän vuoksi. Etälääketieteen käytön lisääntymistä on hidastanut muun muassa se, että esimerkiksi puhelinaikoja ja sähköisiä konsultaatioita on pidetty kevyempinä ja halvempina suoritteina kuin vastaanottokäyntejä. Käytännössä hyvin toteutettu sähköinen ”vastaanotto” voi olla lääkärille vaativampi ja viedä enemmän aikaa kuin tavallinen käynti. Kirjallisen ohjeen antaminen voi vaatia suurempaa huolellisuutta ja harkintaa kuin suullinen ohjeistus, koska vastaanottotilanteessa on helpompi varmistaa, että potilas ja lääkäri ovat ymmärtäneet toisensa oikein. Etälääketieteen hyödyntäminen edellyttää myös järjestelmien toimintavarmuutta ja käytettävyyttä.

Esimerkiksi työnantajasta johtuva paine lisätä etäpalveluita voi yksittäisen lääkärin näkökulmasta olla ristiriidassa lääkärin autonomian ja henkisen työturvallisuuden kanssa. Lääkärillä on oikeus ja velvollisuus kieltäytyä etäpalveluista, jos työtä ei voi tehdä potilaan hyvän hoidon, potilasturvallisuuden ja tietosuojan edellyttämällä tavalla.

Potilaalla ei ole oikeutta estää ammattilaista käyttämästä sähköistä potilaskertomusta potilastiedon tallennukseen, eikä hän voi estää tiedonkulkua saman organisaation sisällä. Potilaalla on kuitenkin oikeus salata potilaskertomustietonsa organisaatorajat ylittävältä tiedonvaihdolta, eikä häntä tule painostaa toimimaan toisin. Toisaalta lääkärin on hyvä varmistaa, että potilas ymmärtää tietojensa salaamisen seuraukset oman hoitonsa kannalta. ■

Lisätietoja:

Etälääketieteen suositus – Lääkäriliitto 15.4.2016. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/etalaaketieteen-suositus/>

Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut – Valvira. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut

Sosiaalinen media - Lääkäriliiton suositus 13.12.2012. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/sosiaalinen-media/>

STM:n linjaus 28.10.2015 etäpalveluista. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/uusi-linjaus-terveydenhuollon-etapalvelut-rinnastetaan-perinteisiin-vastaanottokaynteihin

Sähköinen viestinvaihto potilas-lääkärisuhteessa - Lääkäriliiton suositus 20.11.2014. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/sahkoinen-viestinvaihto-potilas-laakari-suhteessa/>

WMA Statement on the ethics of telemedicine. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>

Esteettiset hoidot

Esteettisissä hoidoissa on noudatettava samoja eettisiä periaatteita kuin muussa potilaan hoidossa.

Lääkäreillä ja hammaslääkäreillä on tärkeä rooli epäterveiden kehonkuvien tunnistamisessa ja sen arvioimisessa, milloin niihin mahdollisesti liittyviä häiriöitä on tarpeen korjata lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin keinoin.

Esteettisten hoitojen mainonnan ja markkinoinnin on oltava vastuullista, eikä se saa edistää epärealistisia odotuksia hoidon tuloksista.

Esteettiset hoidot ovat yleistyneet. Nuoruuden ja kauneuden ihannointi heijastuu terveydenhuollon ammattilaisiin kohdistuviin vaatimuksiin ja lisää esteettisen hoidon kysyntää. Tämä näkyy sekä lääkäreiden että hammaslääkäreiden työssä.

Esteettisellä kirurgialla tarkoitetaan plastiikkakirurgiaa, jossa palvelun ostajan ulkonäkö pyritään muuttamaan hänen toiveidensa mukaiseksi. Korjaavassa kirurgiassa puolestaan pyritään palauttamaan ulkonäkö mahdollisimman lähelle alkuperäistä esimerkiksi sairauden jälkeen tai korjaamaan synnynnäisiä rakennepoikkeamia. Esteettisellä hoidolla tai hammashoidolla tarkoitetaan ei-terapeuttista toimenpidettä, joka tehdään muusta syystä kuin vamman, sairauden tai rakennepoikkeaman hoitamiseksi ja jonka yksinomainen tarkoitus on henkilön ulkonäön parantaminen tai muuttaminen.

Esteettistä kirurgiaa tai muita esteettisiä hoitotoimenpiteitä ei yleensä tehdä julkisissa terveydenhuollon yksiköissä. Esteettisen kirurgian ja hoitojen palvelut ovat tavallisesti arvonlisäverollisia palveluja, ellei niiden suorittamiseen ole lääketieteellistä tai hammaslääketieteellistä syytä. Esteettisiä hoitoja antavat lääkärit ja hammaslääkärit, mutta myös muut palveluntarjoajat, joiden kliininen tausta ja koulutus vaihtelevat. Hoitoja antavat myös henkilöt, joilla ei ole terveydenhoitoalan koulutusta.

Hoitoja antavilla palveluntarjoajilla on oltava toimintaansa tarvittavat viranomaisluvut sekä kuhunkin toimenpiteeseen riittävät tiedot, taidot ja kokemus. Esteettisiä hoitoja voi antaa vain lääketieteellisesti turvallisissa olosuhteissa hoitotiloissa, jotka ovat riittävästi varustettuja ja joissa on asianmukainen henkilöstö sekä lääkkeet ja laitteet, joilla voidaan hoitaa henkeä uhkaavia allergisia reaktioita ja muita mahdollisia komplikaatioita.

Saatavilla oleviin esteettisiin hoitoihin sisältyy laaja kirjo erilaisia toimenpiteitä kirurgisista toimenpiteistä injektioihin ja erilaisiin ihohoitoihin. Hammashoidossa pelkästään ulkonäölliset toimenpiteet vaihtelevat hampaiden valkaisemisesta vaativiin proteettisiin toimenpiteisiin tai esimerkiksi hammaskoruihin.

Hammaslääkärin antama hoito sisältää usein toimenpiteitä, jotka samalla kohentavat potilaan ulkonäköä. Hyvälaatuisen korjaavan hammashoidon lopputulos on monesti myös esteettinen. Esimerkiksi proteettisena hoitona toteutettu purennan kokonaisvaltainen kuntoutus tai purentatoiminnalle häiritsevän purentavirheen korjaaminen oikomishoidolla tuottaa potilaalle terveyshyötyä mutta parantaa myös ulkonäköä. Tällaiset hoidot voivat vaikuttaa huomattavasti potilaan psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Yksinomaan esteettisen ja toisaalta hyvälaatuisen hammashoidon välille ei aina ole helppoa vetää rajaa. Hammaslääkäri joutuu pohtimaan antamansa hoidon terveyshyötyä ja hoidon hammaslääketieteellisiä perusteita.

Kehonkuva vaikuttaa itseluottamukseen ja mielenterveyteen ja on olennainen osa kokonaisterveyttä ja hyvinvointia. Median luoma kuva ”täydellisistä vartaloista” tai ”täydellisestä hammasrivistöstä” on kuitenkin muodostunut normiksi, ja tämä osaltaan vaikuttaa siihen, että joillekin ihmisille kehittyy epärealistinen ja epäterve kehonkuva. Lääkäreillä ja hammaslääkäreillä on tärkeä rooli epäterveiden kehonkuvien tunnistamisessa ja sen arvioimisessa, milloin niihin mahdollisesti liittyviä häiriöitä on tarpeen korjata lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin keinoin. Tarvittaessa lääkärin ja hammaslääkärin pitäisi selvittää esteettistä muutosta haluavan potilaan motiivi tai erityisen poikkeava käsitys kehostaan ja lähettää potilas asiantuntijan arvioon ennen laajempia hoitoja.

Esteettisissä hoidoissa on noudatettava samoja eettisiä periaatteita kuin potilaan muussa hoidossa. Potilaan arvoa, koskemattomuutta ja hänen tietojensa luottamuksellisuutta on aina kunnioitettava. Potilaan perusteellinen tutkiminen on välttämätöntä ennen esteettistä hoitoa. Lääkärin ja hammaslääkärin on otettava huomioon kaikki yksittäisen potilaan fyysiset ja psyykkiset tekijät, joiden takia vahingon riski suhteessa mahdollisesti saavutettavaan hyötyyn voi olla suurentunut. Jos riski ei ole hyväksyttävä, lääkärin ja hammaslääkärin eettinen velvollisuus on kieltäytyä antamasta hoitoa. Aivan erityisesti tämä koskee alaikäisten hoitoa.

Alaikäiset voivat tarvita esteettisiä hoitoja, tai he voivat hyötyä niistä, mutta heille ei pitäisi tehdä toimenpiteitä, jotka johtuvat pelkästään ulkonäöllisistä syistä. Jos esteettisiä hoitoja poikkeuksellisesti annetaan alaikäisille, ne pitää tehdä tarkan harkinnan perusteella ja vain, jos hoidon tavoitteena on välttää kehoon kohdistuvaa negatiivista huomiota eikä niinkään saada positiivista huomiota. Arvioinnissa on otettava huomioon kaikki asiaankuuluvat lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset tekijät, kuten kasvaako potilas vielä tai pitääkö toimenpide toistaa myöhemmin.

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Ennen suostumuksen pyytämistä lääkärin ja hammaslääkärin on annettava potilaalle tietoa kaikista hoitoon liittyvistä relevanteista asioista, muun muassa siitä, miten toimenpide tehdään ja mitkä ovat mahdolliset riskit. Lisäksi on kerrottava, että monet näistä toimenpiteistä ovat peruuttamattomia. Potilaalle pitää antaa riittävästi aikaa harkita tietoja ennen kuin toimenpide alkaa. Lääkärin ja hammaslääkärin on järjestettävä toimenpiteen jälkiseuranta ja mahdollisten komplikaatioiden hoito. Terveysthuollon toimintana annettavia hoitoja koskevat säännökset potilasasiakirjojen laatimisesta.

Esteettisten hoitojen mainonnan ja markkinoinnin on oltava vastuullista ja noudatettava lääkäripalveluja koskevia markkinointiohjeita. Mainonta ei saa edistää epärealistisia odotuksia hoidon tuloksista. Siinä ei saa käyttää taloudellisia kannustimia eikä epärealistisia tai muunneltuja valokuvia potilaista ennen ja jälkeen hoitojen. Esteettisten hoitojen mainontaa ja markkinointia ei saa kohdistaa alaikäisille. Palveluntarjoaja ei saa tarjota tai mainostaa lainoja esteettisten hoitojen rahoittamiseksi. (Ks. [Lääkäripalvelujen markkinointi](#))

Potilastapaus

Potilas on menettänyt yläetuhampaansa. Hammaslääketieteellisin perustein yläetuhampaan korvaaminen ei toiminnallisesti olisi yhtä tärkeää kuin esimerkiksi puuttuvan suuren poskihampaan korvaaminen. Kuitenkin nykyisin myös julkisessa suun terveydenhuollossa pidetään puuttuvan yläetuhampaan korvaamista itsestäänselväenä. Miten tämä on eettisesti perusteltavissa? ■

Lisätietoja:

Eurooppalainen standardi (SFS-EN 16372): Ulkonäkökirurgian palvelut. <https://sales.sfs.fi/fi/index/tuotteet/SFS/CEN/ID2/1/354696.html.stx>

FDI World Dental Federation: Dental Ethics Manual 2.

WMA Statement on Aesthetic Treatment 2014: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-aesthetic-treatment/>

Sukupuoli-identiteetin erilaiset ilmentymät

Sukupuoli voidaan määritellä eri tavoin eri asiayhteyksissä. On tärkeää esimerkiksi huomioida, puhutaanko syntymässä saadusta biologisesta sukupuolesta vai ihmisen kokemasta ja toteuttamasta sosiaalisesta sukupuolesta.

Sukupuolen moninaisuuden ennakkoluuloton kohtaaminen voi vähentää potilaan henkistä kuormittuneisuutta ja lievittää sukupuolidysforiaa.

BIOLOGINEN SUKUPUOLI

Biologisen sukupuolen perustana ovat geneettiset ja hormonaaliset tekijät, jotka määrittävät fyysisiä ja psyykkisiä sukupuoliominaisuuksia. Tavanomainen kehitys on joko mieheksi tai naiseksi. Geneettiset variaatiot ja raskaudenaikaiset hormonaaliset tekijät muokkaavat fyysisiä sukupuoliominaisuuksia ja voivat tuottaa samaan henkilöön sekä miehisiä että naisellisia piirteitä. Intersukupuolisuudesta puhutaan, kun kehon sukupuolitettujen ominaisuuksien, kuten kromosomien tai sukuelimien, variaatio on niin suurta, ettei niistä voida suoraan luokitella henkilöä naiseksi tai mieheksi. Suomalaisen määritelmän mukaan intersukupuolisia henkilöitä syntyy Suomessa vuodessa alle 10. Biologisella sukupuolella on merkitystä tietyissä sairauksissa ja hoidoissa, joten hoitavan lääkärin on oltava siitä selvillä.

SUKUPUOLI-IDENTITEETTI

Jokainen kokee sukupuolensa omalla yksilöllisellä tavallaan. Sukupuoli-identiteettiin vaikuttavat biologisten tekijöiden lisäksi psyykkiset, kulttuuriset, kasvatukselliset ja sosiaaliset tekijät. Sukupuoli voidaan määritellä eri tavoin eri asiayhteyksissä. On tärkeää huomioida, puhutaanko syntymässä saadusta biologisesta sukupuolesta vai ihmisen kokemasta ja toteuttamasta sosiaalisesta sukupuolesta. Kromosomiston ja sukupuolielinten fyysisen rakenteen mukainen sukupuoli ja oma käsitys kuulumisesta tähän sukupuoleen muodostavat ihmisillä yleisimmin kokonaisuuden, josta sukupuolen tutkimus ja sosiologia käyttää termiä cissukupuolinen.

Transsukupuolisuudella tarkoitetaan ristiriitaa syntymässä määritetyn sukupuolen ja koetun sukupuoli-identiteetin välillä. Määritelmällisesti transsukupuolisuus ajatellaan yläkäsitteeksi, jonka alla ihminen voi olla esimerkiksi transmies, transnainen tai muunsukupuolinen.

Transsukupuolisuuden esiintyvyys on eri aineistoissa keskimäärin 0,5–1,3 prosenttia väestöstä. Osa ihmisistä kokee sukupuoliristiriitaa sukupuoli-identiteetin ja fyysisen sukupuolen välillä. Äärimuodossaan tämä voi johtaa dysforiaan ja kärsimykseen, joka tavallisesti kohdistuu kehoon ja erityisesti vääranlaisiksi koettaviin sukuelimiin tai sekundaarisiin sukupuoliominaisuuksiin.

Ei-binäärinen tai muunsukupuolinen henkilö ei sukupuoli-identiteetiltään kuulu kaksijakoiseen sukupuolijärjestelmään ja luetaan siten sukupuolivähemmistöön. Muunsukupuolinen henkilö on sukupuoli-identiteetiltään jotain muuta kuin nainen tai mies, ja hän voi esimerkiksi kuvata itseään sukupuolettomaksi. Transvestiitti on henkilö, jolla on ainakin ajoittain tarve eläytyä vastakkaisen sukupuolen rooliin muun muassa pukeutumalla ja mahdollisesti meikkaamalla tämän mukaisesti sekä muuttamalla tällöin myös käyttäytymistään.

Nyky-yhteiskunnassa sukupuoli on moninainen ilmiö, joka ei pelkästään tarkoita ihmisten jakoa kahteen toisistaan erotettavissa olevaan sukupuoleen. Suomalaiset sukupuolivähemmistöjen järjestöt suosittavat käyttämään termiä sukupuolen moninaisuus kuvaamaan sukupuoleen liittyvää ilmenemismuotojen kirjoa. Ajatusmaailmallisesti tämä tarkoittaa siirtymistä binäärisestä nais–mies -jaottelusta malliin, jossa ihmisen sukupuoli asettuu johonkin kohtaan jatkumoa. Toisaalta taas sukupuolettomaksi itsensä kokeva henkilö voi luokitella itsensä myös tämän jatkumon ulkopuolelle.

SUKUPUOLI-IDENTITEETIN MUOTOUTUMINEN

Nuoruusiän tehtävänä on identiteetin kehittäminen. Siinä aiheuttavat paineita ja ristiriitaa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset. Identiteettiä kehitetään nuoruudessa identiteettikokeilujen kautta. Osa niistä jääkin kokeiluiksi, ja ne voivat olla lyhytaikaisia. Vakiintumattoman identiteetin vuoksi on perusteltua olla hyvin varovainen peruuttamattomien, fyysisiä muutoksia aiheuttavien hoitojen tarjoamisessa. Lapsuudessa koettu identifioituminen vastakkaiseen sukupuoleen häviää neljällä viidestä nuoruusikään tultaessa.

Lapsuudessa identifioituminen vastakkaiseen sukupuoleen ennustaa vahvimmin homoseksuaalisuutta eikä niinkään varsinaista, pitkäaikaista sukupuoliristiriitaa. Nuoruudessa koetun sukupuoliristiriidan esiintyvyys on suurentunut huomattavasti 2010-luvulla, joten myös nuorisopsykiatrista osaamista ja yhtenäisiä hoitolinjoja tarvitaan yhä enemmän.

Osalla nuorista identifioituminen vastakkaiseen sukupuoleen lujittuu ja samalla keholliset muutokset lisäävät ahdistuneisuutta. Puberteettikehitystä voidaan jarruttaa GnRH (gonadotropiineja vapauttava hormoni) -hoidolla, jolloin nuorelle tarjotaan lisääntymistä ja kasvua myöhempää, rauhassa tehtyä päätöstä varten. Toisaalta nämä ns. ”blokkerihoidot” voivat olla ongelmallisia. On esitetty, että hoidot saattaisivat muuttaa sukupuoli-identiteetin kehittymistä eli käytännössä vakiinnuttaa siinä hetkessä koetun sukupuolen, vaikka tilanne olisikin muuttunut murrosiän kuluessa. Tutkimusnäyttö tästä on vajaata, ja suosituksia on siksi vaikea antaa.

SUKUPUOLI-IDENTITEETTI JA PSYKKE

Sukupuoliristiriitaa kokevat henkilöt voivat joutua kohtaamaan syrjintää ja kiusaamista jo lapsuudessa. He saattavat myös joutua kokemaan läheisiltään negatiivisia reaktioita, jotka liittyvät heidän identiteettikokemukseensa. Voidaan puhua myös koetusta vähemmistöstressistä. Sillä tarkoitetaan yhteiskunnan yleisten oletusten, toiseuden kokemisen, sosiaalisen lei-

mautumisen ja väkivallan aiheuttamaa kärsimystä, joka voi äärimmillään johtaa niin fyysiseen kuin psyykkiseenkin kärsimykseen.

Sukupuolidysforiaan voi liittyä masennusta, ahdistuneisuutta ja itsetuhoisuutta. Sukupuolidysforiaan liittyy usein kokemus, että vaikeudet johtuvat sukupuolesta, jonka henkilö kokee vääräksi. Mukana voi olla myös esimerkiksi traumaattisista kokemuksista johtuvia oireita, joiden mahdollinen selvittely ja hoito pitää järjestää ennen muutosprosessin aloittamista. Tutkimuksissa on tullut esille myös autismin kirjjon suurempi esiintyminen sukupuolidysforiaa kokevilla henkilöillä. Erityisesti autismin kirjolla olevilla biologisilla naisilla korostuu sukupuolidysforia, joka voi liittyä haasteisiin asettua perinteisiin sukupuolinormeihin. Toisaalta autismiin liitetyt sosiaaliset haasteet kommunikaatiossa sekä rajoittuneet, toistavat ja joustamattomat mallit käyttäytymisessä ja kiinnostuksissa haastavat terveydenhuollon henkilökuntaa, kun sukupuolenkorjaushoitojen oikea-aikaisuutta arvioidaan. Lääkärin etiikkaan kuuluu pohtia myös vaihtoehtoa, joka ei potilaasta itsestään sillä hetkellä tunnu hänen etunsa mukaiselta.

On hyvä muistaa, että vääräksi koetun sukupuolen lisäksi osa sukupuolidysforiasta johtuu yhteiskunnassa vallitsevasta asenteellisuudesta ja sen aiheuttamasta ahdistuksesta. Sukupuolenkorjaukseen liittyvät toimenpiteet ja hoidot voivat hyvin suunniteltuina, toteutettuina ja riittävän psyykkisen tuen avulla parantaa sukupuolidysforiaa kokevan henkilön elämänlaatua ja toimintakykyä merkittävästi.

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (PALKO) otti keväällä 2020 kantaa sukupuolen korjaamiseen tähtääviin hoitoihin. Suosituksessa korostuu psykiatrisen ja psykososiaalisen hoidon tarpeen arviointi ennen lähettämistä varsinaisiin sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin ja hoitoihin. Tällä pyritään varmistamaan terveydenhuollon resurssien tarkoituksenmukainen kohdentuminen ja hoitoprosessin oikea-aikaisuus. Suosituksen hengessä potilaille annetaan heidän tarvitsemaansa apua ja pyritään mahdollisimman laadukkaaseen diagnostiikkaan ja hoitoon.

SUKUPUOLEN KORJAAMINEN SUOMESSA

Sukupuolen korjaamisella tarkoitetaan yleisesti lääketieteellisiä hoitoja, joilla ihmisen kehoa muutetaan sukupuoli-identiteetin mukaisesti. Samoin termillä voidaan tarkoittaa juridista sukupuolen muuttamista, joka on osa sukupuolenkorjausprosessia joillakin henkilöillä. Prosessiin hakeudutaan lääkärin läheteellä. Suomessa HUS ja TAYS tarjoavat tutkimuksia ja hoitoa sukupuoliristiriitaa kokeville potilaille. Hoitoprosessiin kuuluu tutkimus- ja diagnosointijakso, jonka aikana selvitetään henkilön kokonaistilannetta ja tehdään esimerkiksi erotusdiagnoosi transsukupuolisuuden ja mielenterveyden häiriöiden välillä. Jos potilaalle määritetään diagnoosi, hän siirtyy hoitovaiheeseen, jossa yleisimmin aloitetaan hormonihoito sukupuoliominaisuuksien muokkaamiseksi. Sitä seuraa ns. tosielämävaihe, jossa ihminen elää tavoitellun sukupuoli-identiteetin mukaisesti, ja myöhemmässä vaiheessa voidaan edetä kirurgisiin hoitoihin. Hoidot suunnitellaan yksilöllisesti. Kaikki eivät halua tiettyjä hoitoja, esimerkiksi genitaalkirurgisia toimenpiteitä.

Useiden tutkimusten mukaan sukupuoliristiriidan hoitaminen sukupuolen korjaamisella parantaa henkilön psyykkistä vointia ja toimintakykyä sekä helpottaa sosiaalisia suhteita. Monet kokevat elämänlaatunsa parantuvan hoitojen jälkeen. Esimerkiksi itsetuhoisuuden esiintyvyys pienenee hoidetuilla, vaikka sitä esiintyy silti enemmän kuin verrokkiväestössä. Sukupuoliristiriitä ei kuitenkaan selitä kaikkea ihmisen psyykkistä sairastavuutta, ja ennen

hoitoja vakavimmin psyykkisesti sairaiden oireet ovat hoitojen jälkeenkin hankalampia kuin muilla. Mahdolliset komplikaatiot ja pettymykset hoitoihin aiheuttavat sairastavuutta, puhumattakaan virhediagnoosista ja sen takia väärin perustein annetuista fyysisiä muutoksia aiheuttaneista hoidoista. Tutkimusten perusteella on eduksi, että tutkimusvaihe on riittävän pitkä ja potilaan psyykkisiä voimavaroja pitkässä prosessissa tuetaan aktiivisesti.

On aina mahdollista, että potilas katuu hoitoja. Tutkimusten perusteella katuminen on kuitenkin harvinaista. Katuvia on saksalaisen aineiston mukaan noin 0,4 prosenttia ja ruotsalaisessa aineistossa 3,8 prosenttia. Katumiseen liittyviä ongelmia voisi vähentää ja tilannetta helpottaa se, että lääketieteellinen hoito erotettaisiin peruuttamattomien muutosten osalta juridisesta sukupuolen vahvistamisesta. Kaikki potilaat eivät toivo lääketieteellistä hoitoa, ja sukupuoliristiriitaa saattaisi helpottaa mahdollisuus muuttaa sukupuoltaan juridisesti.

Eettinen ongelma on, miten julkisin varoin rahoitetussa hoidossa vältetään sukupuoli-dysforiaa kokevien henkilöiden positiivinen erilliskohtelu. Julkisrahoitteiseen hoitoon eivät kuulu esimerkiksi kehodysforiaa muuten aiheuttavat tilat, kuten liian pieniksi koetut rinnat tai liiallinen karvankasvu. Tästä näkökulmasta on tärkeä huomioida hoidon lääketieteellinen tarve. Kyse ei ole pelkästään henkilön toiveesta.

SUKUPUOLI LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLA

Lääkärin vastaanotolla on tarpeen määrittää potilaan biologinen sukupuoli esimerkiksi pohdittaessa tiettyjä tutkimuksia ja sairauksien hoitoa. Toisaalta terveydenhuollossa on paljon tilanteita, joissa sukupuolella ei ole juurikaan merkitystä. On myös tilanteita, joissa sukupuolisuus nousee aivan erityiseen asemaan, kuten transnaisen tullessa urologin vastaanotolle eturauhaseen liittyvien huolien vuoksi tai transmiehen tullessa yleislääkärin vastaanotolle kohdunkaulan irtosolunäytteen ottamista varten. Tai kun sukulinkirurgiasta toipuva henkilö tulee haavan tarkistukseen yhteispäivystykseen ja muunsukupuolinen nuori hakeutuu gynekologin vastaanotolle, koska kuukautiset ahdistavat ja nuori toivoisi pääsevänsä niistä eroon. Tämänkaltaiset tilanteet vaativat erityistä herkkyyttä ja potilaan kohtaamista kunnioittavasti.

Sukupuoli-identiteettiään etsivän tai transsukupuolisen henkilön sensitiiviseen kohtaamiseen kuuluvat itsemäärittelyoikeuden kunnioittaminen, avoimuus sekä ihmisten kokemusten hyväksyminen ja niihin uskominen. Lääkärin ei tarvitse esittää tietävänsä asioita potilaasta, vaan hän voi kysyä niitä. Keskustelussa pitää käyttää potilaan kokemusta kunnioittavia sanoja ja termejä. Sukupuolen moninaisuuden ennakkoluuloton kohtaaminen voi vähentää potilaan henkistä kuormittuneisuutta ja lievittää sukupuoli-dysforiaa. Kulmakiviä ovat potilaan kuunteleminen, kunnioittava kohtaaminen ja syrjimättömyys. Kuuntelemalla potilasta ja huomioimalla hänen tarpeensa terveydenhuollon ammattihenkilö voi tukea vaikeassa tilanteessa olevaa ihmistä. Tarpeellisen tuen järjestämisellä ja hoitoon ohjaamisella on suuri merkitys. Ei ole harvinaista, että sukupuoli-dysforiaa kokeva potilas on sukupuoli-identiteettinsä suhteen varsin epävarma ja etsivä. Hän saattaa tarvita monitahtoista psykososiaalista tukea ja myös mielenterveyspalveluja identiteettinsä etsinnässä.

LÄÄKÄRI, SUKUPUOLI JA LAINSÄÄDÄNTÖ

Lääkärin etiikka ohjaa kohtaamaan jokaisen potilaan inhimillisesti ja ammatillisesti. Laki potilaan oikeuksista ohjaa hoitamaan potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hänen itsemääräämisoikeuttaan loukkaamatta. Lääketieteen osalta tärkeää lainsäädäntöä ovat

vuonna 2002 laadittu laki transsukupuolisen sukupuolen vahvistamisesta (563/2002) ja siihen liittyvä asetus (1053/2002), jotka käsittelevät diagnostiikkaa ja hoitoa. Lainsäädännön ajantasaaisuudesta on käyty keskustelua muun muassa kansainvälisten ihmisoikeuselinten huomautusten vuoksi, ja lakeihin ollaan tekemässä muutoksia.

Perustuslain mukaan kansalaiset ovat yhdenvertaisia, eikä ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Näitä määräyksiä tarkentavat ja täydentävät muun muassa yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolait. Tasa-arvolain mukaan viranomaisilla (kuten lääkäreillä) on velvollisuus edistää tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta yhteiskunnassa. Käytännössä viranomaistahot ovat velvoitettuja laatimaan tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelmat, joilla toimintaa pyritään ohjaamaan. On tärkeää, että suunnitelmien lisäksi tehdään konkreettisia toimia ja tarkastellaan toimintaa niin asiakkaiden kuin henkilöstönkin näkökulmasta. ■

Lisätietoja:

Mielenterveystalo.fi. Tukea sukupuoli-identiteetin jäsentämiseen. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/tukea_sukupuoli-identiteetin_jasentamiseen/Pages/default.aspx

Kärnä T, Uusi-Mäkelä N, Mattila A. Sukupuolen moninaisuus – lähestymistapa sukupuoleen muuttumassa? *Suom Lääkäril* 2018;73:2631–5. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/sukupuolen-moninaisuus-ndash-lahestymistapa-sukupuoleen-muuttumassa/>

Kaltiala-Heino R, Työläjärvä M, Suomalainen L. Kun sukupuoli on nuorelle ongelma. *Duodecim* 2018;134(20):2041–6. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/20/duo14555>

Sumia M, Savioja H, Lindberg N, Holttinen T, Kaltiala-Heino R. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien nuorten mielenterveys. *Suom Lääkäril* 2015;70:1919–25. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/seksuaali-ja-sukupuolivahemmistoihin-kuuluvien-nuorten-mielenterveys/>

ETENE. Intersukupuolisten lasten hoito. 22.3.2016. <https://etene.fi/documents/1429646/2056382/>

KANNANOTTO_intersukupuolisuus_pdf.pdf/c5d42cbd-5220-4314-a2e9-c61cf27ace9a/KANNANOTTO_intersukupuolisuus_pdf.pdf

STM. Palveluvalikoimaneuvoston suositusluonnos. Aikuisten muunsukupuolisuuteen ja kehitysikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät. STM038:00/2020. <https://d2htbfmhc6rwjj.cloudfront.net/attachments/f/f/2/4bcb53ac94ac7b0e143a7d9f9af10.pdf>

Saarni S, Uusitalo S. Sukupuolen variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoidot – analyysi eettisistä kysymyksistä. Palveluvalikoimaneuvoston aiheeseen liittyvän suosituksen liitteeksi. 2020. <https://d2htbfmhc6rwjj.cloudfront.net/attachments/5/d/4/a3921a09947e6845d806a3d990c66.pdf>

Suun terveydenhuollossa korostuvia kysymyksiä

Hammaslääketieteen etiikka ei periaatteiltaan eroa lääketieteen etiikasta, mutta käytännön työssä korostuvat hieman erilaiset ongelmat. Osaltaan nämä erot johtuvat hammaslääketieteellisten hoitojen luonteesta ja kohteesta. Eroja aiheuttaa myös suomalainen hoitojärjestelmä, jossa suun terveydenhuolto ja muu terveydenhuolto on järjestetty osin eri periaattein.

Käsitys suun terveydestä oleellisena osana ihmisen kokonaisterveyttä on vahvistunut. Siksi suun terveydenhuollon järjestämisperiaatteita on yhdenmukaistettu muun terveydenhuollon kanssa. Hoitotakuusäännökset, sairausvakuutus ja koko väestön mahdollisuus julkiseen hammashoittoon ovat periaatteessa tuoneet suun terveydenhuollon palvelut tasavertaisesti kaikkien ulottuville. Käytännössä kansalaisilla ei kuitenkaan ole yhtäläisiä mahdollisuuksia saada näyttöön perustuvia, vaikuttavia ja laadukkaita suun terveydenhuollon palveluita. Tämä nostaa priorisoinnin ja oikeudenmukaisuuden kysymykset tärkeiksi hammaslääkärien haasteiksi. Samalla korostuu kliinisen autonomian säilyttäminen ja eri sektoreilla toimivien hammaslääkärien yhteisen arvopohjan ylläpitäminen.

Suun terveydenhuollossa korostuu potilaiden oma vastuu suun terveyden ylläpidosta. Se taas heijastuu hammaslääkäriin rooliin ja korostaa omahoidon tukemisen ja moniammatillisen tiimityön tärkeyttä.



Omahoito, elintavat ja vastuu suunterveydestä

Kansanterveydellisesti merkittävimmät suun sairaudet, karies ja parodontiitti, ovat infektioperäisiä sairauksia, jotka liittyvät kiinteästi elintapoihin.

Potilaan omahoito on keskeisessä asemassa näiden ja muiden elintapoihin liittyvien suusairauksien hallinnassa.

Suun terveydenhuollon tärkeimpiä tehtäviä on omahoidon ja terveellisten valintojen tukeminen sekä yksilötasolla että kansalaisten arjen ympäristöissä.

Suun mikrobifloora on ainutlaatuisen runsaslajinen. Sillä on tärkeitä suojaavia tehtäviä, mutta suun ja hampaiden hoitamattomat infektiot sekä limakalvohaavaumat ovat merkittävä infektioportti koko elimistöön. Sekä akuutit että krooniset suuperäiset infektiot voivat näin olla uhka muulle terveydelle.

Suun keskeisten sairauksien kariksen ja parodontiitin lisäksi hammaskiilteen liukeneminen, eli eroosio, ja jotkin limakalvosairaudet liittyvät vahvasti elintapoihin: ravitsemustottumuksiin, suuhygieniaan sekä alkoholin ja tupakkatuotteiden käyttöön. Näiden sairauksien ehkäisyyn ja hallintaan on yksinkertaisia menetelmiä, joiden vaikuttavuudesta on tutkimuksiin perustuvaa näyttöä. Vaikka sairauksien taustalla on tekijöitä, joihin potilaat omilla valinnoillaan ja elintavoillaan vaikuttavat, alttius sairauksille vaihtelee. Potilaiden käyttäytymiseen vaikuttavat monet ulkoiset tekijät, kuten sosiaalinen ympäristö, markkinointi ja sosiaalisen median aiheuttama paine. Suun alueen sairaustiloja ei pitäisi pitää itse aiheutettuina, eikä ammattilaisen asenne saa olla syyttävä.

Monet suusairaudet ovat varhaisvaiheissaan oireettomia, eikä potilas tiedosta sairauden olemassaoloa, ellei suun terveydenhuollon ammattilainen sitä hänelle kerro. Eettisesti kes-tävään hammashoittoon kuuluu suusairauksien varhaisvaiheiden huolellisen diagnosoinnin lisäksi aina potilaan elintapojen kartoittaminen. Hoidon olennainen osa on pyrkimys vaikut-taa epäsuotuisiin elintapoihin, eli varsinaisen hoidon rinnalla tavoitteena on pysäyttää sai-raus, korjata vauriot ja ehkäistä uudet vauriot.

Elintavoilla on niin keskeinen vaikutus näiden sairauksien hoidon onnistumiseen, että suun terveydenhuollon ammattilaisten suorittamien hoitotoimien vaikutus jää lyhytaikai-seksi, ellei potilas itse aktiivisesti osallistu hoitoon ja hoitotuloksen ylläpitämiseen. Omahoito on olennainen osa näiden sairauksien hallintaa.

Ammattihenkilön tärkeä tehtävä ja eettinen velvoite on tukea potilaan omahoitoa. Tämän laiminlyömistä ei voi pitää eettisesti hyväksyttävänä. Omahoidon tukeminen onnistuu par-haiten ammattihenkilön ja potilaan välisessä kumppanuus- tai valmentajasuhteessa. Tällöin terveydenhuollon ammattilainen ottaa selvää potilaan arkielämästä, toiveista, kokemuksista, peloista ja uskomuksista ja sovittelee yhdessä potilaan kanssa omahoidon juuri hänelle sopi-vaksi. Terveydenhuollon ammattilaisen on ymmärrettävä, että harva potilas pystyy tekemään elämäntapamuutoksia vain terveystiedon perusteella. Piiloutumista pelkän tiedon jakami-sen taakse voidaan pitää potilaan laiminlyömisenä. Ammattilaiselta edellytetään psykologista pelisilmää ja päivitettyä menetelmäosaamista. Esimerkiksi motivoiva haastattelu on mene-telmä, jonka vaikuttavuudesta on tieteellistä näyttöä.

Joidenkin potilasryhmien arkielämän, elinolosuhteiden ja -ympäristön ymmärtäminen on erityisen tärkeää. Tällaisiin ryhmiin kuuluvat henkilöt, jotka eivät itse voi täysivaltaisesti valita elinolojaan tai tarvitsevat toisten tukea selviytyäkseen arkielämässä – esimerkiksi lapset ja henkilöt, joiden toimintakyky on heikentynyt. Näitä ryhmiä hoidettaessa on tärkeä tunnis-taa itsemääräämisoikeuden ja hoitamisen periaatteisiin sekä paternalismiin liittyvät haasteet. (Ks. Lääkintä- ja hoitoetiikan peruseriaatteet)

Jos potilas ei itse pysty ylläpitämään suuhygieniää, on varmistuttava, että hän saa siihen riittävää tukea ja apua. Ikäihmisten ja erityisesti muistisairaiden kyky huolehtia suuhygienias-taan usein heikkenee. Yhdessä hiilihydraattipitoisen ruokavalion kanssa tämä johtaa aiemmin hyvinkin hoidetun hampaiston nopeaan tuhoutumiseen, elleivät terveelliset elämäntavat ja hyvä suun hoito kuulu päivittäiseen rutiiniin. Ammattilaisen tulee tehdä parhaansa terveellis-ten elinolosuhteiden luomiseksi ja valintojen mahdollistamiseksi potilaan elinympäristössä.

Potilastapaus

Suomen lainsäädäntö korostaa vanhempien vastuuta lapsen hampaiden hoidossa, ja vas-tuun laiminlyömistä pidetään lapsen kaltoinkohteluna. Hovioikeuden ratkaisussa vuonna 2018 katsottiin vanhemman olevan vahingonkorvausvelvollinen lapselleen, koska oli lai-minlyönyt tämän hampaiden hoidon. Kaltoinkohteluun puuttuminen on jokaisen tervey-denhuollon ammattilaisen lakiin perustuva velvollisuus. (Ks. Lapsen kaltoinkohtelu)

Kuka on vastuussa nuoren jääkiekkoilijan hampaiden reikiintymisestä, kiilteen liukene-misestä ja limakalvolecioista, jos joukkueelle tarjotaan harjoituksissa ja peleissä hapanta ja sokeripitoista urheilujuomaa ja ylemmissä sarjoissa pelaavat aikuiset käyttävät nuus-kaa avoimesti? ■

Lisätietoja:

Karies (hallinta). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim,2014. www.kaypahoito.fi.
Parodontiitti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim,2019. www.kaypahoito.fi.
Suusyöpä. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseuran Apollonian asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim,2019. www.kaypahoito.fi.
Järvinen M. Motivoiva haastattelu. Lisätietoa aiheesta. <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>
Hallamaa J. Potilaan vastuu terveydestään. Teoksessa Lääkäriprofessio. Toim. A. Pasternack et al. Kustannus Oy Duodecim 2017.
Launis V. Potilaan autonomia ja lääkärin työ. Teoksessa Lääkäriprofessio. Toim. A. Pasternack et al. Kustannus Oy Duodecim 2017.

Tarpeenmukaisen hoidon ja voimavarojen ristiriita suun terveydenhuollossa

Potilaiden toiveet suun terveydenhuollon palveluista eivät nykyään täyty. Julkisen järjestelmän resurssit eivät mahdollista palvelujen tarjoamista koko väestölle, ja yksityisessä järjestelmässä potilaan kustannukset ovat korkeat. Niinpä potilaan sosioekonominen asema vaikuttaa paljon palvelujen käyttöön ja suunterveyden tilaan.

Resurssien rajallisuus, parantuneet hoitomahdollisuudet ja oikea kohdentaminen ovat keskeisiä kysymyksiä suun terveydenhuollossa. Eettisiä ristiriitoja syntyy, jos hammaslääkäri kokee, ettei pysty tarjoamaan potilaalleen riittävän hyvää hoitoa, tai jos toimintaa ohjaa ensisijaisesti taloudellisen edun tavoittelu.

Hammaslääkärin kliininen autonomia yksittäisissä hoitopäätöksissä luo perustan luottamukselliselle hoitosuhteelle, jossa hammaslääkäri asiantuntemuksensa pohjalta ja yhteisymmärryksessä potilaan kanssa tekee hoitoa koskevat ratkaisut potilaan parhaaksi.

Terveystieteiden lainsäädännössä on kiireettömille hoidoille ja tutkimuksille julkisessa suun terveydenhuollossa säädetty enimmäismääräajat, joiden kuluessa on päästävää hoitoon. Näin pyritään yhtenäistämään eri alueilla asuvien kansalaisten palvelujen saatavuutta. Alueelliset erot ovat silti suuret. Julkisessa suun terveydenhuollossa käytettävissä olevat voimavarat ovat monissa kunnissa riittämättömät, eikä hoitoa aliresursoinnin vuoksi aina pystytä tarjoamaan hoitosuosituksen ja tarpeen mukaisessa laajuudessa. Siksi potilaat joutuvat hakeutumaan tavanomaiseen hammashoitoon myös yksityiselle sektorille. Hyvistä pyrkimyksistä huolimatta resurssien oikeudenmukainen jako ja tasa-arvon toteutuminen ovat jatkuva haaste. (Ks. [Näkökulmia terveydenhuollon oikeudenmukaisuuteen](#))

MAHDOLLISUUS TARPEENMUKAISEEN HOITOOIN

Julkisen järjestelmän resurssit eivät riitä mahdollistamaan suun terveydenhuollon palveluja koko väestölle. Työnjakoa ammattilaisten kesken on kehitetty ja toimintaa tehostettu. Yksityisen järjestelmän osuus palvelujen tuottajana on yhä merkittävä. Yksityisellä sektorilla kustannukset ovat potilaille huomattavasti korkeammat kuin julkisessa järjestelmässä. Suun terveydenhuollon edullisemmat asiakasmaksut terveyskeskuksissa on määritelty asiakasmaksuasetuksessa (912/1992), ja näitä terveyskeskuspalveluja käyttäisi suurempi osa väestöstä kuin mihin voimavarat riittävät. Osa väestöstä kokee nämäkin maksut ylivoimaisen kalliiksi, eikä hoitoon hakeuduta, vaikka tarvetta olisi. Lisäksi esimerkiksi proteettisten hoitojen hammasmekaniset kustannukset jäävät lähes aina potilaan maksettavaksi. Epätasa-arvoisen rahoitusmallin takia palvelujen käyttöön ja suunterveyden tilaan vaikuttaa yhä suuresti potilaan sosioekonominen asema. Koulutuksella on tutkimusten mukaan yhä vahva yhteys suunterveyteen: lyhyen koulutuksen saaneilla on paljon huonompi suunterveys kuin pitkään koulutetuilla. Kaikenlainen syrjäytyminen ja pahoinvointi heijastuvat myös suuhun. Kansalaisten yhdenvertainen mahdollisuus saada tarpeenmukaista hoitoa ei valitettavasti toteudu suun terveydenhuollossa. Potilas voi joutua tinkimään tarpeistaan ja toiveistaan, eikä hammaslääkäri voi toteuttaa parhaaksi katsomaansa hoitoa. Tämän eettisen ongelman kanssa hammaslääkäri joutuu usein silmätysten.

Potilastapaus

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies on ottanut kantaa anestesiahammashoitoon pääsyyn. Kyseessä oli kantelu, joka koski Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) suu- ja leukasairauksien poliklinikan menettelyä asettaa kantelijan kehitysvammaisen poika kiireettömän hammashoidon jonoon. Tästä aiheutui pojalle tarpeetonta kipua ja kärsimystä. Apulaisoikeusasiamies katsoi ratkaisussaan, että kaikkien potilaiden kohdalla hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä määriteltäessä pitää käyttää yksilöllistä harkintaa ja aina erikseen arvioida potilaalle viivästyksestä koitua mahdollinen haitta. Tässä tapauksessa ei riittänyt hoidon toteutumisen erikoissairaanhoidon hoitotakuun aikana, vaan potilaan anestesiahammashoito olisi tullut järjestää tapahtunutta aikaisemmin, kun otetaan huomioon hänen suunterveytensä kokonaistilanne ja hoidon tarpeen arvioinnin kesto sekä hänelle tullutkipu ja kärsimys hänen odottaessaan hoitoon pääsyä. Lisäksi apulaisoikeusasiamies muistutti suun terveydenhuollon ennaltaehkäisevän hoitosuunnitelman tekemisen tärkeydestä.

EETTISIÄ HAASTEITA SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA

Suun terveydenhuollossa tunnistetaan erilaisia ali- ja ylihoitoon liittyviä tilanteita. Alihoidolla tarkoitetaan hoitamattomuutta tilanteessa, jossa hoidolla olisi voitu vaikuttaa suotuisasti potilaan tilaan ja tuottaa lisää terveyshyötyä. Alihoito voi viivästyttää tarpeellista hoitoa ja aiheuttaa potilaalle vahinkoa. Julkisen järjestelmän resurssipula voi vaikeuttaa potilaiden oikea-aikaista hoitoon pääsyä, ja hoitojen välit saattavat venyä liian pitkiksi. Alihoidon riski on mahdollinen myös, jos lasten ja nuorten tutkimusten välit pidentyvät niin paljon, ettei ongelmia ehditä havaita ajoissa. Ien- ja kiinnityskudossairauksia on pitkään diagnosoitu ja hoidettu puutteellisesti. Tämä on herättänyt keskustelua, kun ymmärrys ja tieto suun kroonisten

tulehdustilojen ja muiden sairauksien yhteyksistä on lisääntynyt. Hyvän hoidon perusta on aina huolellinen kliininen tutkimus, mutta esimerkiksi julkisessa järjestelmässä hammaslääkäri saattaa kokea, että organisaatio pyrkii resurssipaineiden takia asettamaan rajoja toiminnalle. Eettisesti ongelmallinen ja ristiriitainen on tilanne, jossa hammaslääkäri ei voi rajallisten resurssien vuoksi tarjota potilaalle tämän tilan edellyttämää perusteellista tutkimusta tai tarpeelliseksi katsomaansa hoitoa. Alihoidon riski on tunnistettu myös silloin, kun potilaan hoitoa korvataan kapitaatioperusteisesti, eli kiinteällä yksilötason korvauksella.

Ylihoitoa ovat sellaiset hoitotoimet, joista aiheutuva hyöty potilaalle ja hänen elämänlaadulle on vähäinen tai olematon suhteessa hoidosta aiheutuneisiin kustannuksiin ja riskeihin. Ylihoito voi jopa vaikuttaa haitallisesti potilaan suun terveyteen lyhyellä tai pidemmällä tähtäimellä. Käytännön työssä yleisintä ylihoitoa lienee paikkaushoito silloin, kun se ei ole nykytiedon mukaan perusteltua, eli kun ensisijainen hoitovaihtoehto olisi karieksen pysäytyshoito. Täytteiden ennakoinen uusiminen on ylihoitoa, jonka tiedetään todennäköisesti johtavan paikkaushoidon kierteeseen, jossa näihin hampaisiin joudutaan uusimaan täytteitä yhä tiheämmin. Ylihoidon riski on suuri, jos kliinisten tutkimus- ja hoitopäätösten indikaatioihin ei ole sitouduttu riittävän tiukasti eikä hoidolla saavutettavaa hyötyä ole arvioitu kriittisesti.

Suoriteperusteinen palkkio eli omien tulojen riippuvuus toimenpiteistä voi houkuttaa hammaslääkäriä maksimoimaan ansionsa hammaslääketieteellisistä ja eettisistä perusteista huolimatta. Ylihoidon mahdollisuus on tiedostettava muun muassa arvioitaessa oireettomien viisaudenhampaiden poistoa ja tutkimusvälien pituutta. Ylihoidon riski voi kasvaa myös silloin, kun hoidon tuottaja tai potilas tai molemmat hyötyvät tehdyistä toimenpiteistä ja rahoitus jää suurelta osin kolmannen osapuolen vastuulle. Kolmansia osapuolisia voivat olla muun muassa työnantaja, kunnan sosiaalitoimi, Kela ja vakuutusyhtiöt, mutta riski on syytä tiedostaa myös palveluseteleihin ja muihin maksusitoumuksiin perustuvissa hoidoissa. Ylihoidon välttämiseksi hammaslääkäri on välttämätöntä pitäytyä työssään vain tutkimustiedon ja kokemuksen hyväksi osoittamissa menetelmissä ja suhteutettava hoito potilaan saamaan terveyshyötyyn.

Potilastapaus

Hammaslääkäri restauroi poskihampaan laajalla yhdistelmämuovitäytteellä, jonka kontaktipinnat naapurihampaisiin ja purentaan eivät ole parhaan mahdolliset. Onko muovitäytteen saumakaan tiivis? Hammaslääkäri ei ollut aivan tyytyväinen tekemäänsä toimenpiteeseen. Koituuko lyhyen aikavälin edullisesta ratkaisusta ajan mittaan suuremmat kustannukset? Ohjaavatko toimenpidepalkkiot päätöksiämme? Pitäisikö potilaalle kertoa muista mahdollisuuksista ja saada hänet ymmärtämään purennan merkitys? Onko jatkohoito suunnitelmallista, ja voidaanko toimenpiteitä ja samalla kustannuksia jaksottaa? Millaisia tavoitteita asetamme työllemme ja toteutuuko potilaan kannalta paras hoito?

Rajanveto sopivan hoidon määrittämisessä ei ole aina helppoa. Tavallista kalliimmat hoitomenetelmät tulevat tekniikoiden kehittyessä yhä useamman saataville. Hammaslääkäri on tärkeää pohtia potilaan kanssa, mikä on riittävä ja potilaan arvojen mukainen hoito. Hammaslääkäriin on organisaatiosta riippumatta myös tärkeää pitää kiinni ammattietiikastaan ja kliinisestä autonomiastaan yksittäisissä hoitopäätöksissä. Taloudellisten seikkojen ei saa antaa vaikuttaa epätarkoituksenmukaisesti omaan toimintaan. (Ks. [Yksityinen ja julkinen terveydenhuolto](#))

Potilastapaus

Päivystävä hammaslääkäri suositteli potilaalle hampaan poistoa. Koska potilas ei sitä missään tapauksessa halunnut, aloitettiin juurihoito. Potilaalle pystyttiin tarjoamaan juurihoidon jatkoajkoja vasta kolmen kuukauden päähän. Useiden hoitokäyntien jälkeen hammas jouduttiin lopulta poistamaan. Olisiko päivystävän hammaslääkäriin pitänyt toimia toisin? Miten? Tekikö hän väärin aloittaessaan juurihoidon?

Yksityissektorilla hammaslääkäreillä on perinteisesti ollut vakiintuneempi asiakaskunta, potilas–hammaslääkärisuhteet ovat pidempiäikäisiä ja hoidon tarpeeseen on voitu asiakkaan taloudelliset rajoitteet huomioiden vastata paremmin. Julkisen järjestelmän palvelujen käyttö on ollut tyypillisesti epäsäännöllisempää. Terveyskeskukset ovat lainsäädännön ohjaamina panostaneet ensiapuluonteiseen hoitoon, ja tämä on vienyt voimavaroja muulta hoidolta.

Hoidon pirstaloituneisuus on viime vuosina lisääntynyt, eikä potilas yksityisessäkin järjestelmässä saa aina aikaa samalle hammaslääkärille. Toisaalta potilas itse saattaa vaihtaa hammaslääkäriä kustannussyistä tai markkinoinnin ja median synnyttämien mielikuvien takia. Haasteena on kysymys, kuka ottaa potilaan hoidosta kokonaisvastuun, vai uhkaako hoito jäädä vain yksittäisiä hampaita koskeviksi toimenpiteiksi. Tietojärjestelmiin liittyvät vaikeudet ovat yhä arkipäivää, yhteydensaanti sähköiseen potilastiedon arkistoon ei ole itsestään selvää ja arkistosta saatavaa tietoa hyödynnetään usein vain vähän. Kokonaiskuvan kadotessa saatetaan lopulta päätyä tuhlaamaan muutenkin vähäisiä resursseja. Perusterveydenhuollossa on huomattu, että pitkät hoitosuhteet ovat eduksi kroonisten kansansairauksien hoidossa. Myös suun terveydenhuollossa on syytä arvioida, voidaanko pitkiä hoitosuhteita tukemalla tehostaa ja järjeistää hoitoja ja saada näin aikaan säästöjä. Säästyneet voimavarat pitää ohjata sinne, missä tarvetta on enemmän.

Hammaslääkärit joutuvat kohtaamaan eturistiriitoihin liittyviä kysymyksiä niin yksityisessä kuin julkisessa järjestelmässä. Eturistiriitatilanteessa henkilö kokee olevansa samankaltaisesti velvollinen tai vastuussa kahdelle eri taholle, joiden osin päällekkäiset intressit voivat vaarantaa henkilön kyvyn tehdä puolueettomia ja riippumattomia päätöksiä. Eturistiriidan vuoksi esimerkiksi hammaslääkäriin henkilökohtaiset vaikuttimet, ammatillinen tai taloudellinen etu voivat pyrkiä ohjaamaan päätöksentekoa harkittaessa eri hoitovaihtoehtoja potilaan kanssa. Lainsäädännön julkiselle järjestelmälle asettama velvoite hoitoon pääsyn määräajoista saattaa olla ristiriidassa yksittäisen potilaan edun kanssa, jos hoitoon hakeutuu enemmän potilaita kuin järjestelmä pystyy hoitamaan hyvien hoitokäytäntöjen mukaisesti. Eturistiriitatilanteet on tärkeää tunnistaa ja käsitellä, jotta niistä mahdollisesti seuraavat eettiset ristiriidat voidaan välttää.

Potilastapaus

Nuorehko nyt työtön potilas haluaa päivystyksessä poskihampaan poiston nopeana ja halpana ratkaisuna särkyyn. Kyseinen hammas on purenna viimeisiä tukihampaita, ja se olisi hammaslääkäriin mielestä vielä pelastettavissa. Miten hammaslääkäriin pitäisi suhtautua potilaan toiveeseen, jos toimenpiteelle ei hänen mielestään ole selkeitä hammaslääketieteellisiä perusteita? Milloin särryn hoito on riittävä peruste hampaan poistolle? Voiko hammaslääkäri kieltäytyä poistamasta hammasta sillä perusteella, että hänen mielestään toimenpiteestä seuraisi liian suuri haitta purenna kokonaisuudelle? Mitä tässä yhteydessä tarkoittavat potilaan tiedonsaantioikeus ja suostumus sekä hoito yhteisymmärryksessä potilaan kanssa?

HOITOPÄÄTÖSTEN PERUSTEET JA RESURSSIEN KOHDENTAMINEN

Potilaan hoito on järjestelmästä riippumatta toteutettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja sen on aina oltava hammaslääketieteellisesti ja eettisesti perusteltua.

Yksittäisen hammaslääkärin kliininen autonomia luo perustan luottamukselliselle hoitosuhteelle, jossa hammaslääkäri asiantuntemuksensa pohjalta ja yhdessä potilaan kanssa tekee potilaan hoitoa koskevat ratkaisut hänen parhaakseen.

Hoitopäätöksessä hammaslääkäri yhdistää tieteellisen tiedon, kokemuksensa sekä potilaan toiveet ja arvot käytettävissä oleviin resursseihin. Potilaan ja hänen tilansa tuntemus sekä hammaslääkärin kokemus auttavat hoitopäätöksiä tehtäessä. Potilaalle annettu riittävä informaatio mahdollistaa hänen osallistumisensa omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. Hammaslääkärin tehtävänä ei ole tarjota potilaalle maksimaalista hammashoitoa hallitsemiensa laitteiden ja tekniikoiden avulla, vaan kullekin potilaalle optimaalista ja hammaslääketieteelliseen tarpeeseen perustuvaa hoitoa. Tässä korostuu potilaan ja hammaslääkärin välinen tiedollinen asymmetria. Potilaan on voitava luottaa siihen, että annetut hoitovaihtoehdot ovat hänen etunsa mukaisia. (Ks. **Vuorovaikutus potilaan ja lääkärin kohtaamisessa**)

Yksittäisten toimenpiteiden suorittamisen sijasta on pyrittävä kokonaisvaltaiseen näkemykseen sekä ylläpitämään ja kuntouttamaan purentaelimen toimintoja niin, että ne kestävät läpi elämän. Perusteltujen hoitokäytäntöjen tunteminen ja hallitseminen on osa ammattitaitoa. Tukea hoitopäätöksiin saa muun muassa *Käypä hoito* -suosituksista. Niiden sisältö on syytä tuntea, joskin hoitosuosituksen arvosidonnaisuus on hyvä osata tunnistaa. (Ks. **Tieteellinen näyttö ja hoitopäätökset**)

Hammaslääkäri saa hoitoa koskevaan päätöksentekoonsa tukea *Käypä hoito* -suosituksista ja yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista. Lisäksi Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto PALKO antaa suosituksia suun terveydenhuollosta. Ensimmäinen suositus (30.8.2016) käsittelee hampaattoman alaleuan hoitoa implantti-kiinnitteisellä kokoproteesilla. Vuoden 2021 alussa PALKOssa oli valmisteluvaiheessa suositus pitkälle vaurioituneiden hampaiden korjaamisesta suun ulkopuolella valmistetuilla paikoilla/täytteillä ja kruunuilla.

Suun terveydenhuoltoa on Suomessa kehitetty pitkään erillään muusta terveydenhuollosta. Tämä on johtanut epätasa-arvoiseen järjestelmään, joka suosii työikäisiä ja hyvin toimeentulevia. Iäkkäiden henkilöiden osuus väestöstä kasvaa kuitenkin nopeasti, ja heidän hoidontarpeensa, erityisesti parodontologisen ja proteettisen hoidon tarve, lisääntyy. Tähän on tärkeää reagoida ajoissa, sillä hoidon viivästyessä ongelmat usein komplisoituvat. Suunterveys on yhteiskunnassa aliarvostettua, ja tämä heijastuu myös sen hoitoon ohjattuihin voimavaroihin. Hammaslääkäriprofessiolla on eettinen velvollisuus edistää olemassa olevien resurssien kohdentamista oikeudenmukaisesti. (Ks. **Priorisointi terveydenhuollossa**) ■

Lisätietoja:

Kekomäki M. Ylihoidon taustat ja torjunta. Duodecim 2019;135(23):2361–3.

Naidoo S. Acces to care. FDI Dental Ethics Manual 2. 2018. https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-dental_ethics_manual_2.pdf.

Porter S. The impact of business on dentistry. FDI Dental Ethics Manual 2. 2018. https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-dental_ethics_manual_2.pdf.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

Käypä hoito. <https://www.kaypahoito.fi/>.

Hampaattoman alaleuan hoito implanttikiinnitteisellä kokoproteesilla. https://palveluvalikoima.fi/alaleuan_kokoproteesi

Pelkäävä potilas hammaslääkärin vastaanotolla

Hammashoitopelko on yksi yleisimmistä hoitoon hakeutumisen esteistä. Haasteena ovat hammaslääketieteellisesti perustellun hyvän hoidon toteuttaminen sekä odotukset, joita potilas kohdistaa hoitoon.

Hammaslääkärin pitää panostaa potilaan kohtaamiseen, jotta hän voi tukea pelkäävää potilasta ja auttaa tätä pelon ja kivun lievittämisessä.

Hammashoitoa pelkää jonkin verran joka kolmas suomalainen aikuinen ja lapsi, ja joka kymmenes kärsii voimakkaasta pelosta. Pelko on yksi yleisimmistä hoitoon hakeutumisen esteistä. Pelkäävät potilaat hakeutuvat hammashoitoon usein vasta akuutin vaivan vuoksi, he peruvat suunniteltuja hoitoaikoja viime hetkellä tai jättävät kokonaan tulematta ja käyttäytyvät hammaslääkärin näkökulmasta hankalasti hoitotilanteessa. Pelon vuoksi potilaan on usein vaikea vastaanottaa ja ymmärtää hoitovaihtoehtoja ja tarvittavasta hoidosta annettavaa tietoa, jonka kertomiseen laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) hammaslääkärin velvoittaa. Myös Suomen Hammaslääkäriliiton eettisissä ohjeissa on korostettu, että pelkäävää potilasta on tuettava ja autettava pelon ja kivun lievittämiseksi.

Pelkäävien potilaiden hoidossa on tärkeää tunnistaa hoitotilanteisiin liittyvät eettiset jännitteet yhtäältä autonomian ja heitteillejätön, toisaalta paternalismin ja konsumerismin välillä. Pelkäävän potilaan hoito voi jäädä kesken peruuttamattomien tai viime hetkellä peruttujen käyntien takia. Tätä voidaan perustella virheellisesti autonomialla: potilas ei halua ottaa vastaan hänelle tarjottua hoitoa. Potilaan pelko on kuitenkin voinut rajoittaa hänen kykyään valita järkevästi. Emme esimerkiksi hyväksyisi, että pienen lapsen vakava terveysongelma jätettäisiin hoitamatta hänen pelkonsa vuoksi. Potilaan odotukset hoidon suhteen voivat myös poiketa hammaslääkärin näkemyksestä. Särystä ja pelosta kärsivä potilas haluaisi usein mahdollisimman nopean hoitovaihtoehdon, kuten hampaan poiston, vaikka se johtaisi suun kokonaisterveyden kannalta huonompaan hoitotulokseen. Potilaalla voi olla myös markkinoiden luomia epärealistisia odotuksia, joiden mukaan nykytekniikalla voitaisiin tarjota täysin kivutonta hoitoa tai että hänellä olisi pelon vuoksi oikeus nukuksessa tapahtuvaan hoitoon. Julkisen terveydenhuollon rajallisten resurssien vuoksi etenkin aikuisten voi olla haastavaa päästä anestesiassa tapahtuvaan hammashoitoon vain kovan pelon takia.

Näissä ristipaineissa on tärkeää, että hammaslääkärillä on eettinen selkäranka, johon tukeutua, ja että hänellä on herkkyyttä havaita omien asenteidensa ja vuorovaikutuksensa vaikutukset päätöksentekoon. Hammaslääkärin olisi tunnistettava oman päätöksensä perusteet. Hänellä voi olla kiusaus perustella päätöksensä sopivasti valituin juridisin tai eettisin käsit-

tein, vaikka toiminnan todellinen motiivi perustuisi enemmän pyrkimykseen päästä pikaisesti eroon hankalasta tilanteesta kuin päästä potilaan parhaaseen pidemmän ajan kuluessa.

Tärkeintä on, että hammaslääkäri kiinnittää huomiota pelkävään potilaan kohtaamiseen, vaikka hän pääsisi helpommalla vain hoitamalla potilaan päällimmäisen vaivan nopeasti alta pois. Kun hammaslääkäri ottaa huomioon potilaan pelon, hän pystyy rauhoittamaan potilasta ja auttamaan tätä näkemään suunterveyden edistämisen ja hoitotoimenpiteiden hyödyt pidemmän ajan kuluessa.

Potilastapaus

Potilaan alaviisaudenhampaan alue on tulehtunut ja vaatii hampaan poiston. Potilas pelkää poistoa paljon ja toivoisi vaivan hoituvan antibiootilla. Radiologisessa tutkimuksessa todetaan viisaudenhampaan ja alaleuan hermokanavan läheisyys. Kerrotaanko potilaille ennen viisaudenhampaan kirurgista poistoa hermovaurion mahdollisuudesta ja sen merkityksestä?

Potilaan hampaassa on syvä reikä, joka paikkaushoidosta huolimatta saattaa vaatia myöhemmin juurihoidon. Kerrotaanko juurihoitoa kovasti pelkävälle ja hoitoaikoja usein peruvulle potilaalle tästä mahdollisuudesta? ■

Lisätietoja

Liinavuori A, Tolvanen M, Pohjola V, Lahti S. Changes in dental fear among Finnish adults: a national survey. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016 Apr;44(2):128-34. doi: 10.1111/cdoe.12196.

Liinavuori A, Tolvanen M, Pohjola V, Lahti S. Longitudinal interrelationships between dental fear and dental attendance among adult Finns in 2000-2011. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2019 Aug;47(4):309-315. doi: 10.1111/cdoe.12458.

Luoto A, Tolvanen M, Pohjola V, Rantavuori K, Karlsson L, Lahti S. A longitudinal study of changes and associations in dental fear in parent/adolescent dyads. *Int J Paediatr Dent.* 2017 Nov;27(6):506-513. doi: 10.1111/ipd.12289.

Pohjola V, Lahti S, Vehkalahti MM, Tolvanen M, Hausen H. Association between dental fear and dental attendance among adults in Finland. *Acta Odontol Scand.* 2007 Aug;65(4):224-30.

Työnjako, tiimityö ja hoidon porrastus suun terveydenhuollossa

Suunterveyden edistäminen ja ylläpito sekä suusairauksien hoito on tiimityötä.

Toimivalla tiimityöllä ja työnjaolla voidaan saavuttaa merkittäviä etuja ja edistää ammattilaisten työhyvinvointia. Kaikkea työtä ei silti voida jakaa, ja työnjaossa on oltava keskeistä potilaan hyvinvointi, potilasturvallisuus ja hoidon korkea laatu.

Suuri haaste on erikoistason palveluiden riittämättömyys, joka asettaa eri puolilla maata asuvat potilaat keskenään eriarvoiseen asemaan.

Suun terveydenhuollon palvelut tuotetaan moniammatillisesti tiimityönä, kuten muusakin terveydenhuollossa. Jo yli puoli vuosisataa käytäntönä on ollut perinteinen tiivis työparityöskentely, jonka osapuolina ovat hammaslääkäri ja hammashoitaja. Suun terveydenhuollon työntekijöistä laillistettuja ovat erikoishammaslääkärien ja hammaslääkärien lisäksi suuhygienistit ja hammasteknikot. Hammashoitajat ovat lähihoitajia, jotka ovat suorittaneet tutkintonsa suunhoidon osaamisalalla. Lähihoitaja on suojattu ammattinimike. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastojen mukaan Suomessa oli vuonna 2018 noin 6 000 alle 69-vuotiaasta hammaslääkärinä. Heistä oli erikoishammaslääkäreitä noin 800. Erikoishammaslääkärien osuus on vain 13 prosenttia koko hammaslääkärikunnasta.

Toimivalla tiimityöllä ja työnjaolla voidaan parantaa hoidon saatavuutta, vähentää kustannuksia ja lisätä kaikkien ammattiryhmien työn mielekkyyttä sekä samalla edistää työhyvinvointia. Oikeanlaisessa työnjaossa eri ammattilaisten osaaminen kohdennetaan potilaiden parhaaksi. Keskeistä on potilaan hyvinvointi, potilasturvallisuus ja hoidon korkea laatu.

Työnjaon on pohjaututtava voimassaoleviin säädöksiin ja ohjeisiin. Laki ei muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta estä terveydenhuollon ammattihenkilöitä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimimasta toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveystalvelujen tuottamisen kannalta. On kuitenkin eettisesti ongelmallista, jos työnjakoa sovelletaan virheellisesti siten, että potilasta tutkii tai hoitaa joku muu ammattihenkilö tilanteessa, joka edellyttäisi hammaslääkärin osaamista.

Vaikka lainsäädäntö mahdollistaa joustavat ratkaisut, ei kaikkea työtä voi jakaa. Selkeä esimerkki on hammaslääkärien tehtäväksi määräytyt potilaan tutkimus, diagnoosin teko ja näihin perustuva hoitosuunnitelma. Hammaslääkäreillä on myös lääkkeenmääräämisoikeus ja läheteoikeus röntgentutkimukseen. Suuhygienisteillä puolestaan on rajattu, suppea, heidän omaan toimintaansa liittyvä lääkkeenmääräämisoikeus.

Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011) määrittelee, että alle 18-vuotiaiden oppilaiden suun määräaikaistarkastuksen tekee hammaslääkäri, suuhygienisti tai täydennyskoulutuksen saanut hammashoitaja. Koululaisten suun terveystarkastuksiin pitää aina sisältyä myös hammaslääkärin tutkimuksia, joita kohdennetaan tarpeen mukaan. Lasten suun tarkastaminen ja tutkiminen oikea-aikaisesti edellyttää riittävää osaamista esimerkiksi purenan kehityksestä. On pystyttävä huomioimaan kaikki lapsen kehitykseen ja suun terveyteen vaikuttavat yksilölliset ja ikäryhmän mukaiset tekijät. Kunnissa tai terveystalveluksissa on haastavaa tehdä hyvin toimiva ja yksilöllisen vaihtelun riittävästi huomioiva tarkastus- ja tut-

kimussuunnitelma lasten ja nuorten ikäluokille. Sekä tarkastusvälejä että tarkastuksiin/tutkimuksiin liittyvää työnjakoa on syytä arvioida aika ajoin ja tarvittaessa päivittää.

Potilaan tilanteen niin edellyttäessä hammaslääkäriin on konsultoitava lääkäriä ja tarvittaessa lähetettävä potilas hoitoon suusairauksien poliklinikalle tai erikoishammaslääkäriin tutkimukseen ja hoitoon. Suun terveydenhuollon erikoistason palveluita ei ole riittävästi eikä tasaisesti ja kattavasti tarjolla eri puolilla maata. Sote-uudistuksessa haetaan ratkaisua hoidon porrastuksen puutteisiin. Ennen kuin toimiva porrastus ja selkeät lähettämiskanavat ovat olemassa, hammaslääkärille on haaste – myös eettisesti – ratkaista missä ja millaisin hoitokustannuksin potilas saa tarvitsemaansa erikoishammashoitoa ja kuka sen hänelle antaa. ■

Lisätietoja

<https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/tyoelama/toimiva-tyonjako-suun-terveydenhuollossa#>.

Elämän loppu

Kuolema herättää ihmisissä voimakkaita tunteita, joiden hallinta on haaste lääkärin ammattitaidolle. Toisille kuolema tulee yllättäen, toisille vuosien valmistautumisen jälkeen. Lääkäri on usein keskeinen henkilö potilaan lähestyessä kuolemaa. Lääkäri kertoo sairauden ennusteesta ja hoitovaihtoehdoista potilaalle ja omaisille, ja tekee yhdessä heidän kanssaan päätökset hoitolinjoista.

Ennenaikainen kuolema on lääketieteen perinteinen vihollinen ja lääkärin etiikka lähtee ihmisten palvelemisesta elämää kunnioittaen. Lääketieteen kehitys on mahdollistanut elämän pitkittämisen niin tehokkaasti, ettei pitkitetty elämä välttämättä aina ole ihmisarvoista. Yhä enemmän on alettu keskustella elämän loppuvaiheen hoidon rajoista ja oikeudesta hyvään kuolemaan. Autonomian korostus on tuonut potilaan oman mielipiteen yhä keskeisemmäksi osaksi hoitopäätösten tekoa.

Tässä luvussa käsitellään ensin kuoleman lähestymiseen ja hoidon rajojen löytämiseen liittyviä yleisiä eettisiä ja periaatteellisia kysymyksiä. Käytännön tilanteista tarkastellaan tarkemmin hoitotahdon merkitystä, saattohoitoa, eutanasian etiikkaa ja kuolemansyyyn selvitystä.



Lähellä kuolemaa

Kuoleman lähestyessä hoidon painopiste siirtyy sairauskeskeisyydestä ihmiskeskeisyyteen. Hoidon rajojen asettelun päämääränä on keskittyä tarpeellisiin hoitoihin ja henkiseen tukeen sekä samalla välttää turhien hoitojen potilaalle aiheuttamia lisärasitteita.

Potilaalla on usein toive, että lääkäri ymmärtäisi hänen henkistä hätäänsä kuoleman edessä ja kohtaisi hänet myös kuuntelevana lähimmäisenä. Lääkäri voi työnohjauksen avulla selkeyttää omaa suhdettaan kuolemaan.

Kuolema on hyvin yksilöllinen tapahtuma. Sen lähestyminen on fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen/eksistentiaalinen prosessi, jossa lääketieteellä on oma tehtävänsä. Kuoleman läheisyys toisaalta pelkistää asioita, toisaalta tuo uusia ratkaistavia ongelmia. Kun aika on rajallinen, se saa erityisen arvon. Tehdyt ratkaisut joutuvat tavallista tarkemman arvioinnin kohteeksi. Hoidon rajojen asettaminen vaatii harkintaa, jotta potilasta ei rasiteta turhilla hoidoilla eikä häntä toisaalta jätetä ilman tarpeellista hoitoa ja henkistä tukea. Myös ratkaisut elämän lopun viimeisten päivien tai viikkojen hoitopaikasta ovat tärkeitä, ja potilaan toiveet on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon. Kuolevaa potilasta siirretään turhan usein hoitopaikasta toiseen ja saatetaan alttiiksi tarpeettomille ja ras-kaille toimenpiteille.

Ihmisen oma arvo, ihmisarvo, korostuu kuoleman lähestyessä. Kuoleva ihminen on kohdattava ainutkertaisena yksilönä, joka tarvitsee hyvää, inhimillistä hoitoa. Potilaan odotuk-

sia, toiveita ja tuntemuksia tulee kuulla ja arvostaa. Kuoleman läheisyydessä korostuvat eettiset arvot, kuten elämän ja yksilön oikeuksien kunnioittaminen. Näiden arvojen laiminlyönti koetaan loukkauksena ja hoitohenkilökunnan aiheuttamana heitteillejättönä. Kuoleman läheisyydessä on aika siirtyä sairauskeskeisestä ajattelusta ihmiskeskeiseen ajatteluun. (Ks. *Potilas-lääkärisuhde*)

LÄÄKÄRI JA KUOLEMA

Lääkäri joutuu työssään pohtimaan, onko potilaan elämän jatkumiselle enää edellytyksiä. Lääkärin vastuu korostuu näissä hetkissä. Hoitavalta lääkäriltä edellytetään ammattitaitoa, jotta hän osaa toimia tilanteen edellyttämällä tavalla. Tähän on syytä varautua sekä taidollisesti että henkisesti. Tilanteet syntyvät nopeasti, kuten päivystyksessä, tai rauhallisemmin, kuten pitkään sairastaneiden hoidon loppuvaiheessa. Jos potilaan elämän jatkumiselle ei ole enää lääketieteellisiä edellytyksiä, hänelle on sallittava luonnollinen kuolema. Lääkäri pyrkii keskustelemalla potilaan kanssa etsimään yhteisymmärrystä elämän loppuvaiheen hoidoista potilaan tahtoa kunnioittaen. (Ks. *Saattohoito*)

Jos potilas ei kykene itse ilmaisemaan tahtoaan, otetaan huomioon hänen mahdollinen hoitotahtonsa. Omaisilla on usein myös oma näkemyksensä tilanteesta. Heidän kanssaan on aiheellista keskustella potilaan luvalla ja joka tapauksessa, jos potilas ei kykene ilmaisemaan tahtoaan. Ongelmia voi aiheutua siitä, että omaiset näkevät elämän jatkumisen edellytykset toisin kuin lääkäri tai he ovat keskenään erimielisiä. Lääkärinä saatetaan pyytää tekemään ”kaikki mahdollinen”, ja niin toimiminen kenties varmistaisi lääkärin omaa selustaa. Tällöin on syytä antaa selvitys potilaan tilasta riittävän perustellusti ja edistää sitä, mikä on lääketieteellisesti perusteltua ja potilaan parhaaksi. Näissä tilanteissa ratkaisut tekee lopulta lääkäri. Omaisille ei voi siirtää vastuuta hoitojen jatkamisesta eikä niiden lopettamisesta.

Tiettyihin hoitotoimenpiteisiin, kuten nukutuksessa tehtäviin isompiin leikkauksiin, liittyy suurentunut kuoleman riski. Lääkärin on kerrottava potilaalle ja mahdollisuuksien mukaan myös omaisille leikkauksen riskeistä. Silloin läheisten kohtaaminen on selkeämpää, jos riski toteutuu. Hoitava lääkäri saattaa tarvita näissä tilanteissa esimiehen ja kollegojen tukea.

Lääkärin tehtävänä on kertoa lähestyvistä kuolemasta. Viestin välittämiseen tarvitaan rauhallinen tila ja riittävästi aikaa, jotta potilas voi häiriintymättä keskustella lääkärinsä kanssa. Sairaudesta ja sen ennusteesta on kerrottava selkeästi ja ymmärrettävällä tavalla. Lääkärin on otettava huomioon potilaan kyky vastaanottaa tietoa, ja potilaalle tulee antaa aikaa sisäistää saamansa tieto. On hyvä järjestää melko pian uusi tapaaminen, jossa potilas voi keskustella sairautensa herättämistä kysymyksistä. Hänelle on syytä kertoa, että hän voi halutessaan kutsua läheisensä mukaan keskusteluun. Lääkärin on hyvä – potilaan luvalla – olla käytettävissä myös omaisten kanssa käytäviin keskusteluihin. Joskus potilas ei halua keskustella kuolemasta lainkaan, ja sitä on kunnioitettava.

Tieto oman kuoleman lähestymisestä koskettaa ihmisen olemassaolon perimmäisiä kysymyksiä. Se käynnistää kuolemaan valmistautumisen henkisen prosessin, joka jatkuu aina viimeiseen hetkeen saakka. Potilaalle kuolema voi olla odotettu ja toivottu – joillekin se on järkytys ja suurin mahdollinen uhka. Potilaan tilanne on siten otettava huomioon ratkaisuja tehtäessä. Hän tarvitsee aikaa ja tukea valmistautuakseen kohtaamaan kuoleman.

Potilaalla on usein toive, että turvallisenä koettu lääkäri ymmärtäisi hänen henkistä hätäänsä kuoleman edessä ja olisi hänelle kuunteleva ja myötäelävä lähimmäinen. Tähän kohtaamiseen vaikuttaa se, miten lääkäri itse suhtautuu kuolemaan. Kuoleman läheisyys voi herättää lääkärissä samoja tuntemuksia kuin potilaassa. Lääkäri voi kokea myös voi-

mattomuutta tai syyllisyyttä, että ei ole pystynyt tarpeeksi auttamaan potilasta. Osatakseen olla potilaan rinnalla lääkärin on hyvä käsitellä näitä tuntemuksia jollakin tavalla, esimerkiksi työnohjauksessa. Keskustelu kokeneempien kollegojen kanssa voi auttaa hahmottamaan omaa suhtautumista kuolemaan ja sen läheisyyteen. Lääkärin on hyvä tiedostaa omat arvonsa ja käsityksensä kuoleman merkityksestä. Kokemus lisää valmiuksia kohdata kuolemaa. Vuorovaikutustaitoja voi myös opetella.

KUOLEMAAN VALMISTAUTUMINEN

Potilaan ensireaktio kuoleman läheisyydestä kuullessaan voi olla torjunta tai kapina. Hän voi pelätä yksin jäämistä tai hylätyksi tulemistä. Omaisten ja potilaan välille on saattanut jäädä selvittämättömiä asioita. On huolta läheisistä. Pelko voi syntyä myös potilaan kokemuksesta, että hän ei hallitse tilannetta. Kuolema uhkaa omaa olemassaoloa ja tuntematon pelottaa. Elämäkatsomuksen selkiintymättömyys saattaa lisätä eksistentiaalista ahdistusta. Kuoleman läheisyys nostaa pintaan voimakkaita tunteita: ahdistusta, vihaa, katkeruutta ja syyllisyyttä tai haikeutta elämäntörmästä elämästä. Näiden käsittelyyn tarvitaan toista ihmistä. Potilaan turvallisuudentunnetta lisää tieto siitä, että lähellä on henkilöitä, jotka ovat valmiita keskustelemaan hänen kanssaan. Lääkärin on osoitettava olevansa käytettävissä keskusteluihin niin potilaiden kuin omaistenkin kanssa.

Potilas käy kuoleman läheystyessä läpi elämänsä arvoja. Hän käy läpi ihmissuhteitaan ja tekemisiään sekä tekemättä jättämisiansä. Kuolemaan valmistautuminen on prosessi, jossa koko eletty elämä ja sen merkitys saavat lopullisen perspektiivin. Oleellinen osa hyvää hoitoa on tämän prosessin tukeminen niin, että potilas lopulta kypsyy kohtaamaan kuoleman. Kiiireetön läsnäolo ja tunteiden vastaanottaminen luovat sille edellytyksiä.

Keskusteluissa on kunnioitettava potilaan vakaumusta. Potilas ottaa usein itse esiin asioita sitä mukaa kuin hän on niitä valmis käsittelemään, mutta lääkäri voi myös olla aloitteellinen. Kaikki eivät halua avata tuntojaan, ja sitä on kunnioitettava. Potilaalle merkityksellisten asioiden löytäminen menneestä elämästä ja nykyhetkestä tukee häntä. Kiitollisuuden tunne tuo mielekkyyttä käsillä olevaan hetkeen, kantaa ja voi antaa toivoa tulevaan. Vaikeista asioista keskustelu yleensä vapauttaa ahdistuksesta. Tunteiden ja keskeneräisten asioiden rehellinen kohtaaminen ja käsitteleminen johtavat niiden selkiintymiseen. Kuolema on helpompi kohdata, kun on voinut selvittää mieltään painaneet kysymykset ja käynyt läpi luopumisen prosessin ja kenties saa lopulta nukkua pois ”elämästä kylliksi saaneena”.

Kuoleman kohtaaminen on usein vaikeampaa, kun kyseessä on lapsi. Lapselle kuoleman lähestymisestä on kerrottava hyvin harkiten, mutta kuitenkin rehellisesti ja realistisesti lapsen ymmärrystä vastaavalla tavalla. Kertomistavasta, ajankohdasta ja kertojasta sovitaan vanhempien kanssa. Lapsen lisäksi myös vanhemmat tarvitsevat erityistä tukea, jotta he jaksavat olla lapsensa rinnalla ja kantaa omaa suruaan. Lapsille on oltava tarjolla asiantuntevaa moniammatillista tukea myös silloin, kun heidän vanhempansa tai sisaruksensa ovat sairastuneet vakavasti. (Ks. [Lapsi ja nuori potilaana](#))

HOITORATKAISUJEN EETTISET KYSYMYKSET

Keskustelu hoitoratkaisuista potilaan kanssa selkeyttää tilannetta ja hälventää potilaan pelkoja. Potilas varmistuu siitä, että hänen kipujaan lääkitään riittävästi ja että hänen tahtoaan kunnioitetaan esimerkiksi pidättäytymällä hänen tarpeettomiksi katsomistaan hoidoista ja

tutkimuksista. Hoidon rajojen pohdinnassa auttaa kultainen sääntö, jonka mukaan toiselle pitäisi tehdä se, minkä haluaisi itselleen tehtävän. Tämä perustuu empatiaan, haluun ymmärtää toisen ihmisen elämässä vaikuttavia olosuhteita ja kykyyn tahtoa lähimmäiselle parasta. Voidaan puhua empaattisesta myötäelämisestä lääkärin perusominaisuutena.

Lääkärillä ja potilaalla on hyvä olla yhteinen käsitys siitä, miten potilaan elämän laatu pyritään pitämään mahdollisimman hyvänä elämän viime vaiheissa. Toisille elämän laatu on tärkeämpi kuin elämän pituus. Potilaan kirjatut tahdonilmaukset selkeyttävät päätösten tekemistä. On tärkeää, että potilas voi kokea osallistuvansa elämänsä loppuvaiheita koskeviin ratkaisuihin. Siksi elämän loppuvaiheen hoidosta on keskusteltava siinä vaiheessa, kun potilas vielä kykenee ilmaisemaan toiveensa.

Lääkäri on hoitopäätöksiä tehdessään erilaisten intressien ristipaineessa. Hän kohtaa potilaan odotukset, omaisten ja terveydenhuoltojärjestelmän vaatimukset sekä taloudelliset intressit. Hoitoratkaisuissa lääkärin on ensisijaisesti toimittava potilaan parhaaksi. Muut intressit ovat toissijaisia. Lääkärin toimintaa saattavat vaikeuttaa hoitohenkilökunnan puute tai puuttuvat hoitomahdollisuudet. Priorisointitilanteissa ratkaisu on perusteltava humaaneista lähtökohdista, joissa otetaan huomioon yksilön psyykkinen ja sosiaalinen tilanne. Potilaan on voitava luottaa siihen, että häntä kohdellaan ja hoidetaan yhdenvertaisesti kuoleman läheisyydessä.

Kuolevaa potilasta koskevien hoitopäätösten tekemisessä auttavat seuraavat kysymykset:

- Tuottaako hoito, joka teknisin keinoin jatkaa elämää, potilaille hyötyä?
- Onko potilas tajuissaan ja tietoinen ympäristöstään?
- Onko potilas kykenevä vuorovaikutukseen?
- Onko hän tietoinen omasta olemassaolostaan?
- Onko hän kykenevä tuntemaan mielihyvää?
- Onko hänellä kykyä johonkin itsenäiseen toimintaan?
- Onko potilaalla jokin tärkeä päämäärä, jonka vuoksi hän haluaa elää jonkin verran pidempään?

Jos hoito ei paranna tai säilytä mitään edellä mainituista kyvyistä, ei hoidon jatkamiseen näyttäisi olevan perusteita. Tärkeää on aina turvallisen, toivoa ja luottamusta luovan hoitoilmapiirin ylläpitäminen.

Omaisten tekemisissä kanteluissa, jotka liittyvät elämän loppuvaiheen hoitopäätöksiin, ilmenee usein, että he eivät ole kokeneet mielipiteensä tai tahtonsa tulleen kuulluksi. Kanteluita käsiteltäessä on muodostunut käsitys, että useimmat tällaiset kantelut olisivat jääneet tekemättä, jos lääkäri olisi ollut mahdollisuus tai kyky keskustella hoitovalinnoista perusteellisemmin omaisten kanssa. Näissä tilanteissa korostuu lääkärin vuorovaikutustaitojen merkitys.

Siirtyminen paranemiseen tähtäävästä tai taudin etenemistä jarruttavasta hoidosta palliatiiviseen hoitoon tai saattohoitoon on tärkeä hoitopäätös. Päätös ei aina korreloi kuoleman läheisyyteen. Lähtökohtana on tunnistaa potilaan tila ja valita sen jälkeen hoitovaihtoehdot keskustelussa potilaan kanssa. Tärkein viesti potilaille on, ettei hoito pääty missään vaiheessa, vaan ainoastaan hoidon tavoite muuttuu.

Potilas saattaa toivoa, että hän saa olla kotona mahdollisimman pitkään tai että hän saa kuolla kotona tai saattohoitoyksikössä. Toiveiden toteuttaminen voi vaatia hoitojärjestelyjen kehittämistä, mutta se saattaa olla kokonaishoidon kannalta järkevää. Ratkaisussa on otettava huomioon eettiset ja vastuita koskevat kysymykset, jotka omaisten osallistuminen kuolevan

potilaan hoitoon tuovat mukaan. Omaisille on annettava opastusta ja tukea kuolevan potilaan hoitoon, myös psykososiaalista ja henkistä tukea. Hoitolaitosten valmiuksia saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon on kehitettävä jatkuvasti.

Palliatiivisen hoidon kehittyminen on parantanut kivun hallintaa merkittävästi. Siitä huolimatta potilaan viimeiset vaiheet eivät aina ole kauniita ja rauhallisia. Asianmukaisista hoitotoimenpiteistä huolimatta fyysiset oireet voivat olla vaikeita. Lääkäri kokee toisinaan riittämättömyyttä koettaessaan lievittää potilaan kärsimyksiä. Joissakin tilanteissa kivun lievitykseen saattaa liittyä riski elinajan lyhenemisestä.

Kuoleman jälkeen omaisten annetaan rauhassa saatella vainaja. Omaisten surutyötä auttaa, jos heillä on mahdollisuus keskustella vainajan sairaudesta ja loppuvaiheista hoitavan lääkärin kanssa. Lääkärin on varattava omaisille mahdollisuus keskusteluun.

Kuolevan ihmisen hyvässä hoidossa lääkäri, muu hoitohenkilökunta, sairaalateologi, mahdollisesti saattohoitoon koulutetut vapaaehtoistyöntekijät ja potilaan läheiset toimivat yhteistyössä. Silloin kuolevan potilaan ulottuvilla on hänen tarvitsemansa apu, myös kuunteleva ihminen. ■

Lisätietoja:

Aalto K (toim). Saattohoito kuolevan tukena. Kirjapaja. Helsinki 2013.

Faulkner A, Maguire P. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Kustannus Oy Duodecim 1999.

Haho A. Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. Suomen Lääkärilehti 2017;33:1704–9.

Hänninen J. Kuinka kuolla? Duodecim 2010;126:283–7.

Hänninen J. Lääkärikin voi uupua – kuolevia hoitava semminkin. Duodecim 2005;2:227.

Jämsén T. Kohtasinko kuolevan? Suomen Lääkärilehti 1998;26:2876.

Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE -julkaisu 4, 2001. <http://www.etene.fi/aineistot/julkaisut>

Kuolevan oikeuksien julistus. YK 1975. Julkaisussa: Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa (s. 51). ETENE -julkaisu 4.

Laukkanen M-B. Monikulttuurinen kuolema. Perustietoa eri uskontokuntiin kuuluvien hoitamisesta. Suomen Mielensterveysseura. Vantaa 2001.

Mattila K-P. Kuolemaansa lähestyvälle ja hänen perheelleen on hyvä puhua kuolemasta rohkeasti ja lempeästi. Duodecim 2018;134(8):834–5

Mattila K-P. Ihmisen arvokkuus ja sen kokemisen vahvistaminen. 2013;129(7):778–9

Molander G. Askel lyhenee, maa kutsuu, yli 80-vuotiaiden kuolema eletyn elämän valossa. SMS, Kuntoutuksen edistämissyhdistys. 1999.

Pöyhä R, Tasmuth T, Reinikainen P (toim). Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Duodecim. Helsinki 2014.

Siltala P. Elämän päättyessä. Matka kohti kuolemaa. Kirjapaja. Helsinki 2017.

Surevan kohtaaminen. <https://www.surevankohtaaminen.fi/>

Ullgren U. Rituaalit ilmaisevat sen, mille ei ole sanoja – monikulttuurinen kuolema. Duodecim 2019;135(3):312–3

Hoitotahto

Potilaan kirjallista tai suullista hoitotahtoa on noudatettava, jos ei ole perusteltua syytä olettaa, että hänen tahtonsa olisi muuttunut.

Valmiin mallin mukaan laadittu hoitotahto voi olla yleisluontoisuutensa takia vaikeasti tulkittavissa.

Lääkäri ottaa potilaan hoitotahdon aktiivisesti huomioon ja konkretisoi yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa, mitä se käytännössä tarkoittaa hoidossa.

Hoitotahdolla tarkoitetaan potilaan etukäteen ilmaisemaa tahtoa hoidostaan silloin, kun hän ei itse kykene ilmaisemaan tahtoaan hoitotilanteessa. Hoitotahto voi olla kirjallinen tai suullinen. Suullisesti esitetty hoitotahto kirjataan potilasasiakirjoihin osana elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Potilas voi hoitotahdossa kieltää elämää pidentävän hoidon tilanteessa, jossa se todennäköisesti vain pidentää kärsimystä. Hän voi myös esittää toiveitaan hoidon aktiivisuudesta. Hoitotahdossa ilmaistu kieltäytymisen elämää pitkittävästä hoidosta sitoo lääkäriä ja muuta terveydenhuollon ammattihenkilöä sekä ohjaa omaisten päätöksiä, ellei ole perusteltua syytä olettaa, että potilaan tahto olisi muuttunut. Potilaslain (785/1992) mukaan potilasta on hoidettava hänen kanssaan yhteisymmärryksessä, ja tärkeisiin hoitopäätöksiin on hankittava potilaan nimenomainen suostumus. Potilaille ei saa antaa hänen aiemmin vakaasti ja pätevästi ilmaistun tahtonsa vastaista hoitoa. Toisaalta potilas ei voi vaatia hoitoa, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltua.

MITEN HOITOTAHTO LAADITAAN?

Potilasasiakirja-asetus (298/2009) säättää, että hoitotahdosta on tehtävä potilaan itsensä varmentama selkeä merkintä tai liitettävä erillinen asiakirja potilasasiakirjoihin. Samalla on kirjattava, minkälainen selvitys potilaille on annettu hoitotahdon vaikutuksesta. Potilasasiakirja-asetuksessa mainitaan lisäksi, miten hoitotahtoa voidaan muuttaa tai korjata silloin, kun se on tarpeellista. Jos potilas on kirjannut hoitotahtonsa Omakantaan, hän voi muokata ja täydentää sitä aina kun haluaa. Päivitetty versio tallentuu reaaliajassa, ja se on heti terveydenhuollon käytössä.

Hoitotahdon ei tarvitse olla minkään kaavan mukainen. Malleja hoitotahdoista on esimerkiksi Terveyskirjastossa sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Muistiliiton sekä monien sairaanhoitopiirien ja kuntien internetsivuilla. Hoitotahdon tarkastamispäivä on hyvä kirjata asiakirjaan tai Omakantaan. Hoitotahdon voimassaoloajasta ei ole säädöksiä. Sen voi peruttaa milloin tahansa. Hoitotahdon lisäksi voi esittää hoivan sisältöön liittyviä toiveita eli hoivatahdon, joka ei ole juridisesti sitova toisin kuin hoitotahto. Jos hoitotahdon laatija on epävarma, mitä asioita hoitotahtoon voi sisällyttää, lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen voi opastaa häntä.

Hoitotahtomalleille on yhteistä se, että niissä henkilö voi kieltää elintoimintojen keinotekoisien pitkittämisen silloin, kun sairauden ennuste on huono ja odotettavissa on vain kärsimyksen pitkittyminen. Vaihtoehtoisesti hän voi ilmaista sen, että hän toivoo kaiken mahdollisen lääketieteellisesti perustellun elämää pitkittävän hoidon kaikissa tilanteissa. Hoitotahdon

tekijä voi myös nimetä jonkun läheisen toimimaan tai päättämään puolestaan hoitoon liittyviä asioita. (Ks. *Oikeudellinen toimintakyky ja edunvalvonta*) Hoitotahtoa kirjoittaessaan hyvin harva tietää, minkälaisia hoitoon liittyviä kysymyksiä hoitotahdon voimassa ollessa joudutaan ratkomaan. Monissa malleissa on tilaa vapaalle tekstille, jossa hoitotahdon laatija voi ilmaista yksityiskohtaisempia toiveita omasta hoidostaan.

Hoitotahdossa ilmaistaan usein asioita, jotka kuuluvat muutenkin hyvään hoitokäytäntöön. Elintoimintojen keinotekoinen ylläpitäminen on epäeettistä, jos se pitkittää potilaan kärsimystä. Parhaimmillaan hoitotahto kertoo hoitohenkilöstölle ja lähiomaisille laatijansa omista arvoista. Tämä voi helpottaa hoidon linjauksia ja yksittäisten hoitopäätösten tekemistä.

Suurin kirjallisiin hoitotahtoihin liittyvä ongelma on niiden yleisluontoisuus. Kun hoitotahtoa ryhdytään toteuttamaan, ei välttämättä ole selvää, mitä potilas on tarkoittanut esimerkiksi ”toimintakykyisellä ja itsenäisellä elämällä”. Potilaan ja hoitohenkilöstön käsitykset elintoimintojen ylläpitämisestä ja elämän keinotekoisesta pitkittämisestä voivat poiketa toisistaan. Monien ihmisten käsitysten mukaan niihin voidaan lukea muun muassa keinotekoinen ravitsemus ja suonensisäinen nestehoito, antibioottihoidot, verensiirrot ja hapen antaminen.

Hoitotahdon voi laatia yksityiskohtaisemmin, ja sitä on helpompi tulkita, jos potilas on sairastunut tautiin, jonka etenemistä voidaan edes summittaisesti ennustaa. Hoitotahdosta on luontevaa keskustella tehtäessä elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Tällöin hoitotahdossa voidaan ottaa kantaa esimerkiksi hoitolinjauksiin tai hoidon rajaukseen, kuten elvytykseen tai letkuruokintaan. Jos potilas on hoitotahdossaan ottanut kantaa asiaan, päätökset tehdään hoitotahtoa kunnioittaen. Lääketieteen teknologian ja hoitomahdollisuuksien kehittyessä on mahdollista, että potilaalla on vanhentunut käsitys sairauden hoitomahdollisuuksista. Tällöin pitää pohtia, olisiko potilaan tahto hoidon tavoitteista muuttunut.

Erityisen suuri merkitys hoitotahdolla voi olla silloin, kun omaiset tai läheiset ja lääkärit ovat eri mieltä hoidosta. Jos potilaalla on yksiselitteisesti tulkittavissa oleva hoitotahto, päätökset tehdään sen mukaisesti. Muuten hoito toteutetaan lääketieteellisesti perustellusti ja potilaan arvojen mukaisesti. ■

Lisätietoja:

Flygar M. Hoitotahto – kenen tahto. Suomen Lääkärilehti 2008;63:2766–68.

Saarelma K. Miksi kuoleminen kielletään. Suomen Lääkärilehti 2008;63:4558–62.

Sariola S. Asenteissa vielä muokattavaa, että hoitotahto toteutuu. Suomen Lääkärilehti 2008;63:1481–83.

Laakkonen M-L, Pitkälä K, Strandberg T, Tilvis R. Hoitotahto iäkkäiden elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelussa. Suomen Lääkärilehti 2006;61:5179–83.

Laaksovirta H. Vakavasta sairaudesta keskusteleminen potilaan ja omaisten kanssa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2017;133(11):1076–80.

Louhiala P. Ongelmallinen hoitotahto. Suomen Lääkärilehti 2003;58:4385–86.

Halila R, Mustajoki P. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim 28.5.2012. www.terveyskirjasto.fi

Saattohoito

Saattohoito tukee potilasta ja läheisiä silloin, kun elämänlaatua heikentävän parantumattoman sairauden kulkuun ei enää ole mahdollista vaikuttaa ja jäljellä oleva elinaika arvioidaan lyhyeksi. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja ajoittuu kuoleman oletetun ajankohdan välittömään läheisyyteen.

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan henkeä uhkaavaa tai kuolemaan johtavaa sairautta sairastavien potilaiden ja heidän läheistensä kokonaisvaltaista, kärsimystä ehkäisevää ja lievittävää sekä elämänlaatua vaalivaa hoitoa. Siinä otetaan huomioon fyysinen, psykososiaalinen ja eksistentiaalinen kärsimys.

Maailman terveysjärjestön arvion mukaan joka kolmas kuoleva potilas tarvitsee palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Arviolta yhtä moni tarvitsee palliatiivista hoitoa jo ennen elämänsä viimeistä vuotta.

Saattohoito on kuolevan potilaan hoitoa, eli kuolemaa lähestyvän potilaan hoitamista elämän viimeisinä viikkoina tai päivinä. Saattohoitovaiheessa ennusteeseen ei voida vaikuttaa hoidollisilla toimenpiteillä. Kuolema nähdään elämän normaalina päätepisteenä. Tarkoituksena ei ole pidentää eikä lyhentää elämää, vaan auttaa potilasta elämään kuolemaan saakka niin hyvää elämää kuin mahdollista. Läheisiä autetaan sopeutumaan, ja heille tarjotaan tukea vielä potilaan kuoleman jälkeen. Hoito suunnitellaan yksilöllisesti huomioiden potilaan ja läheisten tarpeet ja toiveet, niin että potilas voi säilyttää arvokkuutensa ja itsenäisyytensä loppuun asti.

Saattohoidossa huomio suunnataan kuolevan potilaan kannalta merkityksellisiin asioihin, kuten oireiden ja kärsimyksen lievitykseen, jäähyväisten jättämiseen ja henkiseen tukeen. Hoidon tavoite on potilaan ja hänen läheistensä paras mahdollinen elämänlaatu. Saattohoitoon ja potilaan kuolemaan liittyy menetyksestä johtuvaa surua ja suruprosessiin monenlaisia tunteita. Psykososiaalinen ja eksistentiaalinen tuki ovat oleellinen osa saattohoitoa kivun ja muiden fyysisten oireiden hallinnan lisäksi. Mitä lähemmäksi kuolema tulee, sitä vahvemmin eksistentiaaliset kysymykset elämän tarkoituksesta ja merkityksellisyydestä nousevat esiin. Läsäolon ja vuorovaikutuksen merkitys korostuu. Tukea tarvitsevat myös potilaan läheiset. Heidän jaksamisestaan on hyvä huolehtia vielä potilaan kuoleman jälkeen.

Jotta saattohoitoa voidaan toteuttaa, lääkärin on tunnistettava lähestyvä kuolema. Kuolevan potilaan toimintakyky on usein merkittävästi heikentynyt, ja lähestyvän kuoleman merkit ovat jo nähtävissä elintoimintojen hiipuessa. Jos sairaus etenee hiljalleen, osa potilaista säilyttää toimintakykynsä kohtalaisena hyvin lähelle kuolemaa. Silloin kuolema saattaa tulla läheisille yllätyksenä. Myös sairauteen liittyvät äkilliset komplikaatiot saattavat aiheuttaa kuoleman niin, että aika saattohoitoon valmistautumiseen jää lyhyeksi. Elämän loppuvaiheen hoidosta on siksi hyvä keskustella jo etenevän sairauden varhaisemmassa vaiheessa. Kun elämän loppuvaiheen ennakoiva suunnitelma tehdään ajoissa, potilaalla ja läheisillä on enemmän aikaa varautua lähestyvään kuolemaan. Suunnitelma myös mahdollistaa potilaan toiveiden huomioon ottamisen saattohoidossa.

HOITOLINJAT

Hoitolinjalla määritellään hoidon ensisijainen tavoite. Se voi olla sairauden parantaminen, kroonisen sairauden etenemisen jarruttaminen ja tautitilanteen vakauttaminen, palliatiivinen hoito tai saattohoito. Hoitolinjan on oltava lääketieteellisesti perusteltu, mutta myös potilaan arvoja ja toiveita on kuultava.

Hoitolinjaukseen kuuluu aina hoitolupaus. Linjauksen mukaisen hoidon lisäksi se sisältää hoidon rajaukset, eli hyödyttömien tai vain kärsimystä lisäävien hoitojen välttämisen. On hyvä miettiä, edistääkö suunniteltu hoito tai tutkimus hoidon tavoitteita.

Suuri osa pitkäaikaissairauksien hoidosta on taudin etenemistä hidastavaa tai vakauttavaa. Perussairauden hoitoon varhain integroitu palliatiivinen hoito parantaa potilaiden elämänlaatua ja auttaa hyväksymään elämän rajallisuuden. Tämä helpottaa myöhemmin siirtymistä laaja-alaiseen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon.

Palliatiivinen hoitolinjauus on ajankohtainen, kun taudin kulkuun ja jäljellä olevan elinajan ei voida enää merkittävästi vaikuttaa perussairauden hoidolla ja sairaus heikentää potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Hoidossa keskitytään lievittämään oireita ja vaalimaan elämänlaatua. Olennainen osa palliatiivista hoitoa on varautuminen elämän loppuvaiheeseen. Tämä edellyttää elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaa. Palliatiivinen hoito ei sinällään ole sidottu jäljellä olevan elinajan ennusteeseen. Tämä erottaa sen saattohoidosta.

Saattohoitopäätöksellä tai -linjauksella kuvataan palliatiivisen hoitolinjan loppuvaihetta, jossa kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivinä tai -viikkoina. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon raja on siten liukuva.

SAATTOHOITOPÄÄTÖS

Saattohoitopäätös on tärkeä lääketieteellinen päätös, joka on tehtävä potilaslain mukaisesti yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai muun läheisen kanssa. Viime kädessä päätöksen tekee potilasta hoitava lääkäri tai useampi lääkäri yhdessä. Potilaan tai hänen edustajansa on oltava tietoinen päätöksen perusteista ja seurauksista. (Ks. [Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset, Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet](#))

Saattohoidosta sovitaan yhdessä potilaan ja läheisten kanssa hoitoneuvottelussa. Siihen voi osallistua moniammatillinen ryhmä. Saattohoitopäätös, hoitoneuvottelun sisältö ja osallistujat kirjataan potilasasiakirjoihin. Saattohoitopäätöksen yhteydessä tehdään yksilöllinen elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma eli saattohoitosuunnitelma yhdessä potilaan ja läheisten kanssa. Siinä otetaan huomioon potilaan tarpeet ja yksilölliset toiveet. Saattohoitopäätös ja -suunnitelma antaa potilaalle ja läheisille mahdollisuuden vaikuttaa elämän loppuvaiheen hoitoon ja valmistautua lähestyvään kuolemaan. Se myös ohjaa ammattilaisia antamaan kuolevalle potilaalle hänelle kuuluvan erityishuomion. Mitä aikaisemmin päätös tehdään, sitä paremmin suunniteltu hoito voidaan toteuttaa potilaan toivomalla tavalla ja hänen toivomaan paikkassa. Myös jäähyväisille jää aikaa.

Pelkkä ”ei elvytetä” -päätös (DNR, DNAR) tai muut hoidonrajaukset eivät korvaa saattohoitopäätöstä, vaikka elvytyksestä pidättäytyminen sisältyykin päätökseen. Saattohoitopäätökseen kuuluu hoidonrajauksien lisäksi olennaisena osana elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma.

Potilaiden ja läheisten suhtautuminen lähestyvään kuolemaan ja saattohoitoon vaihtelee. Elämän päättyminen voi olla vaikea hyväksyä. Saattohoitopäätöksen tekeminen voi olla haastavaa, jos potilaalla, läheisillä ja hoitavalla taholla on eriävä näkemys hoidon tavoitteesta. Poti-

las ja läheiset saattavat tarvita aikaa päätöksen hyväksymiseen. Päätös voi edellyttää toistuvia keskusteluja. Päätöksen lopullisuus voi myös herättää epävarmuutta lääkärissä. Tällöin keskustelu toisen lääkärin ja hoitotiimin kanssa voi olla avuksi. Lääkärin kokemus ja koulutus auttavat saattohoitopäätöksen tekemisessä.

PALLIATIIVINEN SEDAATIO

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan potilaan tietoisuuden alentamista lääkkeellisin keinoin. Sedaatio voi olla ajoittaista ja sen syvyys voi vaihdella tai se voi olla yhtenäistä aivan elämän loppuvaiheessa. Toimenpiteen tavoitteena on lievittää sellaista sietämätöntä kärsimystä, jota ei voida lievittää muilla hoitokeinoilla. Sillä ei pyritä jouduttamaan potilaan kuolemaa. Ennen sedaatiota on konsultoitava palliatiiviseen hoitoon perehtynyttä tahoa muista mahdollisista keinoista lievittää potilaan kärsimystä. Palliatiivisesta sedaatiosta on keskusteltava etukäteen potilaan ja hänen läheistensä sekä hoitotiimin kanssa, jotta kaikki ymmärtävät, mihin sillä pyritään ja miten se toteutetaan. Sedaation aikana on huolehdittava potilaan hyvästä perushoidosta. Kun sedaatio on aloitettu, on hyvä viipymättä keskustella läheisten kanssa sen tarkoituksesta ja perusteista.

SAATTOHOITOON LIITTYVÄT SÄÄDÖKSET

Suomessa saattohoidon ohjauksen perustana voidaan pitää Lääkintöhallituksen vuonna 1982 sairaanhoitolaitoksille antamia ohjeita terminaalihoidosta. Vaikka ohjeet kumottiin jo 1990-luvun alussa, niiden periaatteet ovat edelleen ajankohtaisia. Ohjeissa korostetaan kuolevan ihmisen saattohoidon inhimillisyyttä ja tarpeettomien hoitotoimien välttämistä sekä potilaan mahdollisuutta elää elämänsä loppuvaihe ilman vaikeita oireita tai kipuja haluamassaan ympäristössä ja läheistensä seurassa. Ohjeissa painotetaan potilaan toivomusten huomioon ottamista ja sitä, ettei häntä pidä jättää yksin, ellei hän itse ole niin toivonut. Hoitopaikan valinnassa korostetaan potilaan oikeutta valita koti- ja sairaalahoidon välillä.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on vuonna 2003 antanut suosituksen saattohoidosta ja sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut saattohoitosuosituksen vuonna 2010.

Valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskitämisestä (582/2017) veloitetaan viisi yliopistollista sairaalaa ylläpitävää sairaanhoitopiiriä huolehtimaan vaativan palliatiivisen ja saattohoidon tehtävistä sekä palliatiivisen ja saattohoidon suunnittelusta ja yhteensovittamisesta alueellisesti. Yliopistosairaaloille keskitettyihin tehtäviin kuuluu lisäksi lasten ja nuorten saattohoidon ja palliatiivisen hoidon toteutussuunnitelman laatiminen.

Joulukuussa 2019 julkaistiin sosiaali- ja terveysministeriön suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019 -julkaisussa määritetään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palvelurakenne ja -ohjaus. Palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta on myös julkaistu Käypä hoito -suositus (päivitetty 2018).

Euroopan neuvosto on antanut vuonna 2003 jäsenvaltioille suosituksen, miten palliatiivinen hoito ja saattohoito tulisi järjestää. Suositus painottaa palliatiivisen hoidon kansallisia suunnitelmia ja hoidon integroimista muuhun terveydenhuoltojärjestelmään tasa-arvoisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi. Suosituksissa korostetaan tarvelähtöistä hoidon porrastusta ja

monipuolista palveluvalikoimaa, kuten kotiin vietäviä palveluja, joilla mahdollistetaan koti-saattohoito, sekä ammattilaisten opetusta ja koulutusta. Euroopan neuvosto laati vuonna 2018 palliatiivisen hoidon järjestämisestä kannanoton, jossa korostetaan lainsäädännöllisiä toimenpiteitä palliatiivisen hoidon turvaamiseksi jäsenvaltioissa.

Maailman terveysjärjestö on antanut samansuuntaiset suositukset vuonna 2014. Järjestö korostaa palliatiivisen hoidon asemaa terveydenhuollon ydintoimintana ja ammattilaisten opetuksen ydinosana. Molemmissa suosituksissa nostetaan esiin palliatiivisen hoidon rooli kroonisten etenevien sairauksien varhaisemmassa vaiheessa perussairauden hoidon rinnalla jo ennen elämän loppuvaihetta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijatyöryhmä selvittää elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa, itsemääräämisoikeutta sekä saattohoitoa ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita. Tarvittaessa työryhmä antaa selvitystyön pohjalta eduskunnalle ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi. Sen määräaika päättyy kesäkuun lopussa 2021. ■

Lisätietoja:

Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14.

Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. <http://www.stm.fi/julkaisut>

Juho Lehto, Elisa Marjamäki ja Tiina Saarto. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim* 2019;135(4):335-42.

N. I. Cherny. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Annals of Oncology* 25 (Supplement 3): iii143–iii152, 2014.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. 2019.

Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE-julkaisuja 8 (2003). ISBN 952-00-1435-7. <http://www.etene.fi/aineistot/julkaisut>

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44.

Mattila K-P. Hyvä saattohoito ja kärsimyksen kohtaaminen. *Suomen Lääkärilehti* 2017;14:917-18.

Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care - Council of Europe [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)

Resolution 2249 (2018): The provision of palliative care in Europe. Parliamentary Assembly - Council of Europe <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=25214&lang=en>

Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68.

WHO, World Health Assembly resolution WHA67.19(2014) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en>
Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2.

Eutanasia ja avustettu itsemurha

Eutanasialla tarkoitetaan potilaan vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstä tapahtuvaa lääkärin tarkoituksellista potilaan elämän lopettamista lääkkeitä antamalla. Tarpeettomista ja vaikuttamattomista hoidoista pidättäytyminen ja niiden lopettaminen ovat osa hyvää hoitokäytäntöä.

Lääkäriavusteinen itsemurha tarkoittaa henkilön vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstä tapahtuvaa lääkärin tarkoituksellisesti antamaa apua henkilölle itsemurhan suorittamiseksi saattamalla henkilön käyttöön lääkkeitä, jotta tämä voi itse ottaa ne.

Suomen Lääkäriliitto vastustaa eutanasian laillistamista. Lääkäriliitto vastustaa myös sitä, että lääkärit ammattikuntana veloitettaisiin tekemään toimenpiteitä, joiden ensisijaisena tarkoituksena on jouduttaa potilaan kuolemaa. Palliatiivisen hoidon toteutumisen puutteita ei pidä ratkaista eutanasialla tai lääkäriavusteisella itsemurhalla.

Elämän kunnioittaminen ja suojeleminen ovat lääkärin etiikan perusarvoja samoin kuin ihmisarvon kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen ja kärsimyksen lievittäminen. Nämä on mainittu hieman eri sanoin lääkärin etiikan keskeisissä asiakirjoissa, kuten lääkärinvalassa, Lääkäriliiton eettisissä ohjeissa ja Maailman lääkäriliiton Geneven julistuksessa. Lääkärin velvollisuudesta kunnioittaa ihmisarvoa tai lievittää kärsimystä ei seuraa, että lääkärillä olisi velvollisuus auttaa ihmistä kuolemaan tai aktiivisesti lopettaa potilaan elämä. Jo alkuperäinen Hippokrateen vala aikanaan erotti lääkäriprofession niistä toimijoista, joiden tarkoituksena saattoi olla elämän lopettaminen lääkkeellisin keinoin.

MÄÄRITELMÄT

Eutanasiakeskustelua vaikeuttaa se, että aiheeseen liittyviä termejä käytetään varsin eri tavoin. Alun perin eutanasialla (*eu thanatos*, hyvä kuolema) on tarkoitettu kuolemaa, johon ei liity kärsimyksiä.

Nykyään eutanasia tarkoittaa potilaan vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstä tapahtuvaa lääkärin tarkoituksellista potilaan elämän lopettamista lääkkeitä antamalla. Lääkäriavusteinen itsemurha tarkoittaa henkilön vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstä tapahtuvaa lääkärin tarkoituksellisesti antamaa apua henkilölle itsemurhan suorittamiseksi saattamalla henkilön käyttöön lääkkeitä, jotta tämä voi itse ottaa ne. Avustetussa itsemurhassa toinen henkilö antaa käytännön apua, mutta siinäkin varsinaisen kuolemaan johtavan teon tekee potilas itse.

Käsitettä ”passiivinen eutanasia” on käytetty viittaamaan hoidosta luopumiseen tai hoidon antamatta jättämiseen silloin, kun toivoa paranemisesta ei enää ole. Käsite on ristiriitainen eikä sitä pidä käyttää. Tarpeettomista ja vaikuttamattomista hoidoista pidättäytyminen ja niiden lopettaminen ovat osa hyvää hoitokäytäntöä. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta (muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta), vaikka tuloksena olisi kuolema. Eutanasiassa toiminnan päämääränä ja teon tarkoituksena on potilaan kuolema. Tarpeettomien ja vaikuttamattomien hoitojen lopettamisessa ei ole päämääränä potilaan kuolema vaan hoidoista koi-

tuvan epämukavuuden ja kuoleman prosessin pitkittymisen välttäminen. Ajatuseroa kuvaa käsitepari kuoleman tuottaminen – kuoleman salliminen. Jälkimmäisestä voidaan käyttää myös käsitettä ”luonnollinen kuolema”.

Käytännön työssä lääkäri joutuu tilanteisiin, joissa hänen täytyy arvioida, mikä on hoito-
toimien vaikutus potilaan elämän pituuteen. Saattohoitopäätökseen saattaa liittyä luopumi-
nen hoidoista, joilla olisi vain elämää pitkittävä tarkoitus mutta ei potilaan tilaa tai ennustetta
parantavaa vaikutusta. Tällainen elämää pitkittävä toimenpide on esimerkiksi nesteytys sil-
loin, kun potilaalla ei enää ole janon tunnetta eikä hän halua tai jaksa juoda. Tällaiset päätök-
set eivät ole eutanasian toteuttamista. Palliatiivisessa hoidossa lääkkeellä voi olla niin sanottu
kaksoisvaikutus, eli se sekä lievittää kipua että saattaa lyhentää elämää. Pelko mahdollisista
sivuvaikutuksista ei kuitenkaan saa estää saattohoitovaiheessa olevan potilaan tehokasta ja
riittävää kivunhoitoa. Potilaan tarvitsemia hoidollisia lääkeannoksia käytettäessä ei ole kyse
eutanasiasta, vaikka elämä jossakin määrin lyhenisi. Palliatiivinen sedaatio (potilaan tajun-
nantason laskeminen lääkkeillä tilanteessa, jossa kipuja tai muita vaikeita oireita ei muuten
saada hallintaan ilman tavoitetta lyhentää elämää) on Käypä hoito -suosituksen mukainen
hoitomahdollisuus elämän loppuvaiheessa. (Ks. Saattohoito)

Kuolinapu (assisted death) on terminä ongelmallinen eikä sen sisältö ole yksiselitteinen.
Sillä tarkoitetaan yleensä eutanasiaa ja usein myös lääkäriavusteista itsemurhaa. Termin voi
ymmärtää myös lääketieteellisen hoidon antamisena kuoleman prosessissa, jolloin kyseessä
on palliatiivinen (oireenmukainen) hoito eikä kuoleman tuottaminen eli eutanasia. Asian-
mukaisinta on käyttää täsmällisiä termejä.

LAINSÄÄDÄNTÖÄ JA KANNANOTTOJA

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) antaa potilaalle oikeuden kieltäy-
tyä hänelle suunnitelluista tai jo aloitetuista hoidoista. Laki ei anna potilaalle mahdollisuutta
vaatia tiettyä hoitoa tai tutkimusta. Potilas ei voi siten vaatimuksestaan saada eutanasiaa.
Eutanasia kuuluu Suomen rikoslain mukaan rangaistaviin tekoihin tappo- tai surma -nimi-
senä rikoksena. Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 15 § kuvaa
ammattieettiset velvollisuudet. Lääkärin tehtävänä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen,
sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievit-
täminen. Lääkärin etiikan peruseriaatteiden mukaan lääkärin tulee tehdä hyvää ja välttää
vahingoittamista.

Itsemurhan avustaminen ei ole lähtökohtaisesti Suomessa rangaistavaa, koska sitä ei ole
erikseen kriminalisoitu eikä itsemurha ole lainvastaista. Oikeuskäytäntöä ei ole tapauksista,
jossa lääkäri olisi avustanut potilasta itsemurhassa. Siten ei ole varmaa vastausta kysymyk-
seen, mitä seuraisi, jos lääkäri avustaisi itsemurhan tekemisessä. Koska terveydenhuollon
ammattihenkilöllä on erityinen suojeluvuorokausi hoitamia potilaita kohtaan, voidaan olet-
taa, että teko ei jäisi ilman oikeudellisia seuraamuksia.

Maailman lääkäriliitto (WMA) on monissa kannanotoissaan toistanut vahvan sitoumuk-
sensa lääkärin etiikan periaatteisiin ja ihmiselämän kunnioittamiseen. Siksi WMA vastustaa
eutanasiaa ja lääkäriavusteista itsemurhaa. Kenenkään lääkärin ei pidä pakosta joutua teke-
mään näitä toimenpiteitä eikä antamaan niihin lähetettä.

Oikeus elämään on ihmisoikeussopimuksissa ja Suomen perustuslaissa suojattu ihmisoi-
keus. Eutanasia merkitsee oleellista muutosta yhteiskunnan perusarvoihin. Se antaa yhteis-
kunnalle oikeuden kajota yksilön henkeen ja luo samalla velvoitteen tehdä se asianomaisen
pyynnöstä. Näin keskeistä ihmisoikeutta rikkovan sopimuksen on katsottu olevan pätemätön,

vaikka henkilö itse olisi sen sallinut. Itsemääräämisoikeuden on siis katsottu olevan tällaisessa tapauksessa toissijainen oikeus.

Euroopan ihmisoikeustuomioistuin (EIT) on todennut päätöksessään (Pretty v. United Kingdom, 2346/02), että EU:n perusoikeuksista ei voida johtaa ”oikeutta kuolemaan” eli yhteiskunnalla ei ole velvoitetta hyväksyä yksilön toivetta saada kuolla yhteiskunnan toteuttaman eutanasian keinoin. Vastaavasti EIT on todennut avustetusta itsemurhasta, että yhteiskunnalla ei ole velvoitetta avustaa sen toteuttamisessa (Haas v. Switzerland 31322/07).

Euroopan neuvoston parlamentaarinen yleiskokous on tuominnut eutanasian ja siihen luvan antavien hoitotahtojen oikeutuksen (Resolution 1859 (2012)). Yleiskokouksen suositus 1418 (1999) edellyttää sen tunnustamista, että kuolemansairaana potilaan toive kuolla ei koskaan aiheuta toiselle henkilölle laillista velvoitetta toteuttaa tätä toivetta eikä toive liioin anna juridista oikeutusta suorittaa sellaisia toimenpiteitä, jotka tarkoituksellisesti tuottavat kuoleman.

Suomessa kansalaisaloite (KAA 2/2017) eutanasian sallimisesta hylättiin eduskunnassa toukokuussa 2018. Samalla eduskunta edellytti, että valtioneuvosto asettaa laajapohjaisen asiantuntijatyöryhmän selvittämään elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa, itsemääräämisoikeutta sekä saattohoitoa ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita ja tarvittaessa antaa selvitystyön pohjalta eduskunnalle ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti asiantuntijatyöryhmän, jonka määräaika päättyy kesäkuussa 2021.

MUIDEN MAIDEN KÄYTÄNTÖJÄ

Vuoden 2021 alussa eutanasia ja lääkäriavusteinen itsemurha eivät tietyin edellytyksin olleet rangaistavia Alankomaissa, Belgiassa ja Luxemburgissa eikä Kanadassa, Kolumbiassa sekä Australiassa Victorian ja Länsi-Australian osavaltioissa. Uuden-Seelannin kansanäänestyksessä hyväksytyn lääkäriavusteisen itsemurhan ja eutanasian laillistavan lain on tarkoitus tulla voimaan marraskuussa 2021. Espanjassa ja Portugalissa lakien hyväksyminen on viimeistelyvaiheessa. Eutanasiasta on käyty keskustelua myös monissa muissa maissa, joissa laillistamiseen ei ole päädytty.

Alankomaiden lainsäädännössä eutanasia ja avustettu itsemurha ovat kiellettyjä, mutta tiettyjen ehtojen vallitessa niistä jätetään rankaisematta. Tällöin edellytetään, että potilaan elämä on ”sietämätöntä kärsimystä” ilman toivoa parantumisesta. Sietämätöntä kärsimystä ei ole määritelty laissa. Alankomaiden lääkäriliitto on antanut tästä vuonna 2011 soveltamisohjeen, jossa se katsoo, että kärsimys voi muodostua moniulotteisesta kokonaisuudesta, jossa tulee olla ainakin yksi lääketieteellinen osatekijä. Psykososiaalinen ja eksistentiaalinen kärsimys luetaan lääketieteelliseksi syyksi, ja lääketieteellisiä syitä voivat olla myös muun muassa kuulo- ja näkö- sekä liikkumisvaikeudet, kaatumiset, vuoteenomaksi jääminen, heikkous ja ekshaustio. Lain mukaan eutanasian ehdoton edellytys on, että oikeustoimikelpoinen potilas sitä vapaaehtoisesti, toistuvasti ja selkeästi pyytää. Käytännössä prosessin lähtökohtana on se, millaisena henkilö itse kokee kärsimyksensä. Lääkärin on lisäksi todettava potilaan ennuste toivottomaksi ja pyydetävä myös toisen lääkärin mielipide. Perusteiksi käytettyjen syiden joukko on laajentunut Alankomaissa lainsäädännön voimassaolon aikana muun muassa siksi, että maan lääkäriliiton ohjeistus eutanasian käytöstä on laajentunut. Alankomaiden lääkäreillä ei ole velvollisuutta toteuttaa eutanasiaa tai lääkäriavusteista itsemurhaa, eikä hoitajilla ole velvollisuutta avustaa siinä.

Alankomaissa noin puolet ja Belgiassa noin kaksi kolmasosaa eutanasiapyynnöistä johtaa eutanasian toteuttamiseen. Eutanasiatapausten määrä on ollut merkittävässä kasvussa. Belgiassa eutanasia on sallittu myös lapsille, Alankomaissa ikärajana on 12 vuotta.

Vuonna 2017 lääkäriavusteisia itsemurhia oli Alankomaissa 3,8 prosenttia ilmoitettujen eutanasioiden ja lääkäriavusteisten itsemurhien yhteismäärästä. Avustetun itsemurhan ei ole katsottu vaikuttaneen vähentävästi muiden itsemurhien määrään.

Alankomaissa ja Belgiassa eutanasia pitää jälkikäteen ilmoittaa valvovalle viranomaiselle, joka arvioi toteutuksen lainmukaisuuden. Huomionarvoista on, että Alankomaissa noin neljännes toteutetuista eutanasioista jätetään ilmoittamatta eikä niiden lainmukaisuutta siten arvioida. Belgiassa vastaava luku on vieläkin suurempi. Jälkikäteen tapahtuva valvontamennettely on ongelmallinen lääkärin oikeusturvan kannalta, sillä lääkäri joutuu tekemään lähtökohtaisesti rikosoikeudellisesti rangaistavan teon ja epätietoisuuden vallassa odottamaan päätöstä, rangaistaanko häntä vai ei. Potilaan oikeusturvan ja potilasturvallisuuden kannalta tämä käytäntö on vielä ongelmallisempi. Ilman etukäteisvalvontaa potilaalla ei käytännössä ole oikeusturvaa ajatellen väärinkäyttötapauksia.

Lääkäriavusteinen itsemurha – mutta ei eutanasia – on vuoden 2021 alussa ollut sallittu Sveitsissä, Saksassa, Italiassa ja yhdeksässä osavaltiossa Yhdysvalloissa. Lääkäriavusteisen itsemurhan tunnetuimpia käytäntöjä on Oregonin osavaltion lainsäädäntö Yhdysvalloissa. Siinä lääkärin vastuulla on vastaava arviointiprosessi kuin eutanasian sallivissa maissa. Lisäksi lääkärin pitäisi todeta, että potilaan sairaus johtaa kuolemaan puolen vuoden kuluessa. Käytäntö on osoittanut, että tämä arviointi on altis virheille. Potilas saa reseptin kuolettavan lääkkeen hankkimiseksi ja käyttää sen missä ja milloin parhaaksi katsoo. Selvitysten mukaan kaikki potilaat eivät lääkettä hanki tai eivät sitä käytä.

Sveitsissä on kielletty avustettu itsemurha, jos sen motiivit ovat itsekkäät. Tätä on tulkittu niin, että avustaminen on sallittua, kun itsekkäitä motiiveja ei ole osoitettavissa. Itsemurha on mahdollista toteuttaa avustettuna voittoa tavoittelemattomilla yksityisillä klinikoilla sveitsiläisen lääkärin määräämillä lääkkeillä, kun klinikan asettamat ehdot täyttyvät. Yhteiskunta ei ole asettanut itsemurhassa avustamiselle lääketieteellisiä ehtoja muuten kuin yksittäisissä kantoneissa tai tuomioistuimen päätöksin, eikä toimintaa valvota säädellysti.

MIKSI EUTANASIAA JA LÄÄKÄRIAVUSTEISTA ITSEMURHAA KANNATETAAN?

Eutanasia saa merkittävää kannatusta monissa maissa tehdyissä väestökyselyissä, myös Suomessa. Suomessa tehtyjen kyselyjen perusteella myös osa terveydenhuollon ammattihenkilöistä kannattaa eutanasiaa. Kyselyissä ei kuitenkaan aina ole määritely, mitä eutanasialla tarkoitetaan, tai on käytetty kuolinapu-termiä määrittelemättä sitä. Ihmiset ovat siten vastanneet oman mielikuvansa perusteella, ja se on saattanut poiketa eutanasian todellisesta sisälöstä.

Tutkimuksissa on todettu, että eutanasian ja lääkäriavusteisen itsemurhan kannatuksen taustalla on pelko loppuvaiheen elämänhallinnan ja toimintakyvyn menettämisestä, pelko kivuista ja kärsimyksistä ja puutteellinen tieto elämän lopun hoitomahdollisuuksista sekä elämän arvottomuuden kokemus. Eutanasian on koettu olevan turvallinen ja helppo tapa kuolla. Näkemyksiin vaikuttaa myös kokemus läheisen ihmisen vaikeasta kuoleman prosessista.

Potilaan oma näkemys elämänsä laadusta on syytä erottaa läheisten tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksistä. Ne saattavat poiketa toisistaan merkittävästi, kuten lähes kommunikaatiokyvyttömiä ALS-potilaita koskevissa tutkimuksissa on todettu: potilaat itse näkivät elämänsä mielekkäänä tilanteessa, jossa muut eivät sitä enää sellaisena nähneet.

Kuolintoiveet liittyvät paljolti potilaiden persoonallisuuteen ja aiempiin elämänvaiheisiin ja -kokemuksiin. Merkittävä syy on myös kokemus, että on taakkana toisille. Voidaan kysyä, missä määrin ympäristön arvostukset heijastuvat näinä toiveina. Potilaan hyvä saattohoito ja tunne kuulumisesta johonkin näyttäisivät olevan kuolintoivetta vähentäviä tekijöitä. Saattohoitoyksiköissä on koettu, että useissa tapauksissa potilaan pelot ovat hälvenneet ja hän on luopunut kuoleman jouduttamisen toiveesta päästyään kokonaisvaltaiseen ihmisläheiseen saattohoitoon, jossa on otettu huomioon fyysiset ja henkiset tarpeet ja potilas on saanut kai-paamaansa tukea.

PUOLESTA JA VASTAAN

Psykologisten, maailmankatsomuksellisten ja tunneperäisten syiden lisäksi keskustelussa eutanasiasta ja lääkäriavusteisesta itsemurhasta ovat keskeisiä seuraavat argumentit:

- Ihmisen itsemääräämisoikeus suhteessa kuolemasta päättämiseen
- Kärsimyksen lievittäminen, ihmisarvon ja elämän kunnioittaminen
- Eutanasian ja lääkäriavusteisen itsemurhan kriteerien määrittely ja todellinen tarve
- Laillistamisen muut vaikutukset.

Oikeus päättää omista asioistaan on tärkeä oikeus, jonka vahvuutta testataan keskustelussa eutanasiasta ja lääkäriavusteisesta itsemurhasta. Valtioissa, jotka sallivat eutanasian, sen olennainen edellytys on potilaan oikeustoimikelpoisuus päätöksentekoon. Lisäksi on asetettu muita ehtoja, jotka liittyvät kuolemaan johtavaan vaikeaan sairauteen ja kohtuuttomaan kärsimykseen. Jos itsemääräämisoikeus katsotaan ratkaisevaksi periaatteeksi, ei eutanasialle tai lääkäriavusteiselle itsemurhalle ole perusteita asettaa muita rajoituksia kuin päätöksentekokyky.

Itsemääräämisoikeuden rajat tulevat kuitenkin vastaan viimeistään, kun kyse on muiden ihmisten oikeuksista ja velvollisuuksista. Kuolema ei ole pelkästään yksilön oma valinta eikä asia, vaan monin tavoin säädelty, laajasti yksilön ympäristöä, yhteiskuntaa ja syvällisiä kulttuurisia arvoja koskettava kysymys. Oikeus eutanasiaan sisältää aina jollekulle – käytännössä lääkäreille – velvollisuuden tuottaa kuolema. Eutanasia ei siten ole autonominen toimi. Voidaanko ihmisen vapautta päättää omasta kuolemastaan pitää niin vahvana oikeutena, että se asettaisi muille velvollisuuksia auttaa tässä?

Eutanasian salliminen merkitsee lääkärin työn luonteen oleellista muuttumista ja lääkärikunnan luopumista niistä elämän kunnioittamisen ja suojelemisen periaatteista, joille koko professio rakentuu. Eutanasia on haluttu lääkärikunnan vastuulle lääkärin ammatillisen osaamisen vuoksi. Se ei ole hoidollinen toimi eikä siten osa terveydenhuoltoa. Potilaan elämän lopun kärsimyksen lievittämiseen on keinoja, jotka toimivat oikein ja riittävällä tavalla käytettyinä hyvin. Tässä psyykinen tuki on tärkeä osa hyvää saattohoitoa. (Ks. Saattohoito)

Julkisuudessa esitetään eutanasian ja lääkäriavusteisen itsemurhan laillistamisen tueksi vaikeita ihmiskohtaloita, jotka tekevät hyvin ymmärrettäviksi sekä potilaan että lääkärin toiveet eutanasiasta. Ihmisarvoisen elämän ylläpitäminen elämän loppuvaiheessa on tärkeä oikeus, joka ei ole aina toteutunut käytännössä.

Eutanasian laillistamista vastustetaan sillä perusteella, että seuraukset voivat olla arvaamattomat. Jos yhteiskunta hyväksyy jäsentensä surmaamisen missään olosuhteissa, on riskinä, että vastaava kehitys jatkuu ja laajenee. Eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan hyväksyttävyydestä tai laillistamisesta puhuttaessa on välttämätöntä määrittellä, minkälaisen

tarkkojen kriteerien ja kenen arvojen mukaan riittävän kärsimyksen perusteella näihin tekoihin suostutaan. Määrittely vaikuttaa keskeisesti siihen, kuinka suurelle joukolle eutanasia tai lääkäriavusteinen itsemurha halutaan mahdollistaa. Vammaisjärjestöt ovat olleet huolissaan siitä, että kärsimyksestä tehdään elämän arvon ja elämän päättämisen oikeutuksen mittari.

Eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan hyväksyneistä maista yhdenkään lainsäädännössä ei ole määritelty, mitä eutanasian keskeisimpänä perusteena olevalla ”sietämättömällä kärsimyksellä” tarkoitetaan. Kärsimyksen kokeminen on hyvin subjektiivista, mikä vaikeuttaa sen arvioimista. Termi mahdollistaa erilaiset tulkinnat ja – yleisesti hyväksytyyn määrittelyyn puuttuessa – ns. kaltevan pinnan ilmiön toteutumisen. On juridisesti ongelmallista, että potilaan surmaamiseen olisi oikeutus, mutta teon tekemiselle ei olisi laissa tarkkoja kriteerejä.

Esimerkki tulkintaongelmista on kuoleman jouduttamisen toiveiden kytkeytyminen potilaan masennukseen. Toiveiden taustalla voi myös olla traumatisoivia kokemuksia, mielen-terveyshäiriöitä tai mielenterveyteen vaikuttavia somaattisia sairauksia. Näiden erottaminen eutanasian ja lääkäriavusteisen itsemurhan oikeutukseksi esitetystä psyykkisestä kärsimyksestä ei ole yksiselitteistä eikä aina mahdollistakaan. On monin tavoin ongelmallista todentaa asian edellyttämällä luotettavuudella, että potilas on kompetentti tekemään tällaisen päätöksen.

Suomessa 1990-luvulla tehdyn perusoikeusuudistuksen yhteydessä on todettu, että perusoikeuksien rajoituksen – tässä yhteydessä siis elämän koskemattomuutta koskevan rajoituksen on oltava tarkkarajainen ja riittävän täsmällisesti määritelty. Rajoitus voi olla sallittu vain, jos tavoitetta ei voi saavuttaa perusoikeuteen vähemmän puuttuvin keinoin. Perusoikeuksia rajoitettaessa on huolehdittava riittävästä oikeusturvajärjestelystä. Lainsäätäjällä on velvollisuus turvata perusoikeudet. Joidenkin maiden kokemukset osoittavat, että eutanasiainsäädäntöä näyttää olevan vaikea saada toteutetuksi niin, että se täyttäisi nämä ehdot eikä väärinkäytöksiä tapahtuisi.

Lääkäriliitto on useilla kyselyillä selvittänyt lääkärien näkemyksiä eutanasiaan ja lääkäriavusteiseen itsemurhaan. Suhtautuminen on parissa kymmenessä vuodessa muuttunut liberaalimmaksi, mutta vain vajaa neljäsosa voisi harkita toteuttavansa eutanasian. Asenteeseen vaikuttavat erikoisala ja työnkuva; kuolevia potilaita hoitavat lääkärit suhtautuvat eutanasiaan kielteisemmin. Saattohoitoa antavista lääkäreistä 17 prosenttia kannatti eutanasian sallivaa lakia ja 15 prosenttia lääkäriavusteisen itsemurhan sallivaa lakia vuonna 2017 tehdyssä kyselyssä. Syksyllä 2020 tehdyn kyselyn mukaan puolet työikäisistä lääkäreistä oli eutanasian laillistamisen kannalla, puolet laillistamista vastaan. Eutanasian kannatus ei ollut muuttunut edellisestä, kaikkien erikoisalojen lääkäreille vuonna 2013 tehdystä kyselystä. Mielipiteet lääkäriavusteista itsemurhaa kohtaan olivat muuttuneet sallivampaan suuntaan.

Terveydenhuollon toiminta perustuu luottamukseen, että lääkäri kunnioittaa elämää. Eutanasia tuo ammattikuvaan sille vieraan ja perusarvojen kanssa ristiriitaisen tehtävän ja saattaa murentaa potilaiden luottamusta lääkärinkuntaan ja terveydenhuoltoon. Eutanasian toteuttamisen on todettu aiheuttavan lääkäreille integriteettiongelmia ja henkistä stressiä, joten kyse on myös työsuojelullisista näkökohdista.

LÄÄKÄRILIITON NÄKEMYS

Suomen Lääkäriliitto vastustaa eutanasian laillistamista. Lääkäriliitto vastustaa myös sitä, että lääkärit ammattikuntana velvoitettaisiin tekemään toimenpiteitä, joiden ensisijaisena tarkoituksena on jouduttaa potilaan kuolemaa (lääkäriavusteinen itsemurha).

Monet edellä käsitellyt eutanasiakeskustelun kysymykset ja ongelmat ovat samoja lääkäriavusteisesta itsemurhasta puhuttaessa. Lääkäri toimii saman tarkoituksen toteuttamiseksi sekä eutanasiassa että lääkäriavusteisessa itsemurhassa: tavoitteena on tuottaa potilaan kuolema. Juridinen ero syntyy siitä, ottaako potilas lääkkeen itse vai antaako lääkäri ruiskeen tai suonensisäisen lääkityksen. Lääkärillä on kummassakin tapauksessa keskeinen rooli teon asianmukaisessa toteuttamisessa, joten hän on molemmissa eettisesti vastuussa.

Eutanasiakeskustelu koskee monia ihmisenä olemisen ja lääkärinä toimimisen peruskysymyksiä ja -arvoja. Eutanasian salliva lainsäädäntö olisi periaatteellisesti merkittävä arvo muutos ja avaisi ennakoimattomia kehityskulkuja. Lääkärinen tehtävänä on käyttää nykyllä-ketieteen mahdollisuuksia kärsimyksen hoitoon, eikä hoitojärjestelmän puutteita pidä korjata eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan avulla. ■

Lisätietoja:

Boer TA. Dialectics of lead: fifty years of Dutch euthanasia and its lessons. *International Journal of Environmental Studies* 2018; 75:239-250. <https://www.pthu.nl/Over-PThU/Organisatie/Medewerkers/t.a.boer/downloads/2018-boer-taylor-dialectics-of-lead.pdf>

BMA. End-of-life care and physician-assisted dying (7.11.2018). <https://www.bma.org.uk/collective-voice/policy-and-research/ethics/end-of-life-care>

Eduskunta. Tietopaketti eutanasia-kansalaisaloitteesta 4.5.2018. <https://www.eduskunta.fi/FI/tiedotteet/Sivut/tietopaketti-eutanasia-kansalaisaloitteesta.aspx>

Eduskunta. KAA 2/2017 vp, Eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta. Valiokuntien asiantuntijalausunnat. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kasittelytiedot/Valtiopaivaasia/Sivut/KA_2+2017_asiantuntijalausunnat.aspx

Eutanasia? Kristillisen Lääkärilehden saattohoito- ja eutanasia-artikkeleita 2017. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaistuMetatieto/Documents/EDK-2018-AK-174872.pdf>

ETENEn kannanotto eutanasiaan. 26.9.2017. http://etene.fi/documents/1429646/4360417/KANNANOTTO_eutanasia_26.9.2017f.pdf/a23dcc78-3788-4140-b363-3a7b99527ad8

Euroopan ihmisoikeussopimus. <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>

Horn M, Kleiven DJH, Magelssen M (Red.). Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk. Cappelen Damm Akademisk. Oslo 2020. DOI <https://doi.org/10.23865/noasp.96>

Hänninen J. Eutanasia. Hyvä kuolema. Duodecim. Helsinki 2010.

Hänninen J (toim.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Duodecim. Helsinki 2006.

Hänninen J. Eutanasia. Duodecim 2011;127(8):793–9.

Hänninen J. Työnä kuolema. Duodecim. Helsinki 2020.

KA_2/2017 vp StV 15.02.2018 Suomen Lääkäriliitto ry Asiantuntijalausunto. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaistuMetatieto/Documents/EDK-2018-AK-170295.pdf>

Leinonen P. Parempi kuolema. Suomen Lääkärilehti 2001;56:3801.

Louhiala P, Hänninen J. Eutanasia ja itsemääräämisoikeus. Duodecim 2006;122(17):2060–1.

Luthman M, Ekström A-B. Hotet mot värdigheten. En genomgång av konsekvenser av läkarassisterat självmord, mer säsksilt fokus på Oregonmodellen. Claphaminstitutet. Rapport 1:2017. <http://www.claphaminstitutet.se/wp-content/uploads/2017/03/1-2017-Läkass-självmord-pdf.pdf>

Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J ym. Eutanasia ja lääkäriavusteinen itsemurha: EAPC:n eettisten kysymysten työryhmän näkemys. Suomen Lääkärilehti 2005;60:4028–31.

Onwuteaka-Philipsen B, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C ym. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: A repeated cross-sectional survey. *The Lancet* 2012;(380):908–15.

Physician Assisted Dying. BMA. <https://www.bma.org.uk/media/2353/bma-physician-assisted-dying-info-pack-april-2020.pdf>

Pöyhä R, Tasmuth T, Reinikainen P (toim.). Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Duodecim. Helsinki 2014.

Rahko E, Lehto J. Eutanasia. Duodecim 2018;134(10):1002–10. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/10/duo14328?keyword=eutanasia>

Saarto T & al (toim). Eutanasia ja avustettu itsemurha. Teoksessa: Palliatiivinen hoito, s. 615–625. Duodecim. Helsinki 2015.

Suomen Lääkäriliitto. Tietoa eutanasiasta. <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/tietoa-eutanasiasta/>
Tholacov Y. End of Life Seminars. WMA Journal 2018;2:13-14. https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/09/WMJ_2_2018.pdf

Tompson A, Kuby S. The Legalization of Euthanasia and Assisted Suicide: An inevitable slippery slope. Vienna. ADF International, 2017. <http://adfinternational.org/euthanasia-and-assisted-suicide>

WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide 2019. <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>

Kuolemansyyntä selvittäminen ja kuolleiden oikeudet

Kuolemansyyntä selvittäminen on välttämätöntä vainajan, omaisten sekä viranomaisen tai hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta.

Hoitokuolemaksi kutsutaan kuolemantapausta, jossa kuolemaan johtanut tapahtumaketju alkaa lääketieteellisestä hoito- tai tutkimustoimenpiteestä. Hoitokuoleman käsite on neutraali eikä tarkoita, että hoitoon tai tutkimukseen liittyisi virhe, laiminlyönti tai huolimattomuus. Hoitokuolemaa epäiltäessä oikeuslääketieteellinen kuolemansyyntä selvitys on tärkeä osa terveydenhuollon oikeusturva- ja laatujärjestelmää.

Suomessa kuolee vuosittain noin 50 000 ihmistä. Kuolemansyytilasto tuottaa tilastotietoa Suomessa vakinaisesti asuvien henkilöiden kuolemansyistä. Tilastokeskuksessa on kuolintodistuksia ja tietoja kuolemansyistä vuodesta 1936 lähtien. Kuolemansyytiedoilla on suuri merkitys väestön yleisen terveydentilan kuvaajana, lääketieteellisissä tutkimuksissa ja muun muassa eri väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen seurannassa.

Vuonna 2011 hyväksyttiin Euroopan komission asetus (EU) N:o 328/2011, jossa vahvistetaan ne muuttujat, erittelyt ja metatiedot, jotka EU:n jäsenvaltioiden on toimitettava kuolemansyytilastoistaan. Eri maiden kuolemansyitä voidaan näin verrata toisiinsa.

Kuolemansyyntä selvittämisestä säädetään kuolemansyyntä selvittämisestä annetussa laissa (459/1973) ja asetuksessa (948/1973). Kuoleman toteamisesta säädetään kuoleman toteamisesta annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (27/2004). Hautauksesta säädetään hautaustoimilaissa (457/2003). Tätä kirjoitettaessa on valmisteilla kuolemansyyntä selvittämistä koskevan lainsäädännön uudistaminen. Kuolemansyyntä selvittämisestä annettuun lakiin tulisi perussäännökset kuoleman toteamisen menettelyistä. Vielä nyt kuoleman toteamisesta säädetään asetuksella. Laissa säädettäisiin myös menettelystä, jossa lääkärin ohjeistama sairaanhoitaja voisi ennakoidussa kuolemantapauksessa tehdä kuoleman toteamiseksi suoritettavat tutkimukset, jotta vainajan ruumis voidaan siirtää kylmäsäilytystilaan odottamaan varsinaista lääkärin suorittamaa kuoleman toteamista. Näin voitaisiin menetellä myös poliisin tekemien kuolemaa koskevien havaintojen perusteella, kun kuolema on ilmeinen ruumiin tuhoutumisen tai pitkälle edenneiden kuolemanjälkeisten muutosten takia. Eri toimijoiden velvoitteita kuoleman ilmoittamisessa ja vainajan ruumiin käsittelyssä ja säilyttämisessä täsmennettäisiin. Lisäksi laissa säädettäisiin ulkomailla kuolleista henkilöistä.

Kuolemansyyn selvittämisestä annetun lain ja asetuksen perusteella kuoleman olosuhteet määräävät, pitääkö kuolemansyy selvittää lääketieteellisen vai oikeuslääketieteellisen järjestelmän mukaisesti. Tiivistettynä voidaan sanoa, että oikeuslääketieteen tehtäviin kuuluvat ei-luonnolliset kuolemat sekä äkilliset, yllättävät kuolemat, joissa vainaja ei ole ollut lääkärin hoidossa. Muut luonnolliset kuolemat kuuluvat kliinisen lääketieteen tehtäviin.

Lääketieteellinen ruumiinavaus voidaan tehdä, kun kuolemansyy ei selviä elämänaikaisen tietojen ja tapahtumaan liittyvien tietojen perusteella ja kuollut henkilö on viimeisen sairautensa aikana ollut lääkärin hoidossa. Ruumiinavauksen pitää myös olla yleisen terveyden ja sairaanhoidon kannalta tarpeellinen, ja vainajan lähimmän omaisen tai muuten läheisen henkilön pitää pyytää sitä. Lääketieteellinen ruumiinavaus tehdään siis lääkärin tai omaisen pyynnöstä.

Oikeuslääketieteelliseen kuolemansyyn selvitykseen liittyy valtaosassa kuolemista ruumiinavaus, kun taas lääketieteellinen kuolemansyyn selvitys perustuu kliinisiin tietoihin tai lääketieteelliseen ruumiinavaukseen. On hyvä muistaa, että selvästi yleisin kuolemansyyn selvittämisen peruste on vainajalle suoritettu kliininen tutkimus ja viimeisestä sairaudesta ja hoidosta saadut tiedot. Noin 20–25 prosenttia kuolintodistuksista perustuu ruumiinavauksiin. Yli puolet kaikista ruumiinavauksista on oikeuslääketieteellisiä.

Ikiaikainen lause ”Mortuis vivo docent” – kuolevat opettavat eläviä – pitää modernin bio-
lääketieteen teknisestä kehityksestä huolimatta edelleen paikkansa. Kuolemansyiden selvittämisen eettinen oikeutus perustuu osaltaan tähän. Oikeuslääketieteellisissä selvityksissä korostuvat lisäksi eri osapuolten oikeusturvan vaatimukset.

OIKEUSLÄÄKETIETEELLISEN KUOLEMANSYYN SELVITYKSEN AIHEET

Oikeuslääketieteellisestä kuolemansyyn selvittämisestä vastaa poliisi.

Lain mukaan tutkimus kuolemansyyn selvittämiseksi on suoritettava, kun

- kuoleman ei tiedetä aiheutuneen sairaudesta tai
- vainaja ei viimeisen sairautensa aikana ole ollut lääkärin hoidossa,
- kuoleman on aiheuttanut rikos, tapaturma, itsemurha, myrkytys, ammattitauti tai hoitotoimenpide tai
- on syytä epäillä, että kuolema on aiheutunut jostain edellä mainitusta syystä tai
- kuolema on muuten tapahtunut yllättävästi.

Edellä mainittujen tapausten yksityiskohtainen selvittäminen on välttämätöntä vainajan, omaisten sekä viranomaisten tai hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta.

Viranomaistehtävissä tai kansalaisiin kohdistuvien viranomaistoimien yhteydessä tapahtuneet kuolemat sekä ammattitauti- ja hoitokuolemat ovat tapahtumia, joissa kuoleman olosuhteiden ja kuolinsyyn selvittäminen edellyttää monipuolista asiantuntemusta ja ehdotonta puolueettomuutta. Näiden tapausten mahdollisimman nopea ja perusteellinen selvittäminen on tärkeää paitsi yksilöiden oikeusturvan myös viranomaistyön ja terveydenhuollon luotettavuuden kannalta. Esimerkiksi putkakuolemia on ollut Suomessa 10–20 tapausta vuosittain, ja poliisin käyttämät pippurikummut ja etälamauttimet ovat ajallisesti liittyneet yksittäisiin kuolemiin. Tällaisissa tapauksissa tehdään aina oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus osana poliisitutkintaa. Sotilaiden ja poliisien kuolemia virkatehtävissä tapahtuu Suomessa harvoin. Heidän kuolemansa ulkomailla, esimerkiksi kriisialueilla, vaatii poliisin ja oikeuslä-

kärin lisäksi armeijan, ulkoministeriön ja diplomaattien osallistumista kuolemansyyn selvitysprosessiin sen eri vaiheissa.

Työtapaturmista ja ammattitaudeista annetun lain (459/2015) mukaan ammattitauti on sairaus, joka on todennäköisesti pääasiallisesti aiheutunut työntekijälle hänen työssään, kun hän on altistunut fyysikaaliselle, kemialliselle tai biologiselle tekijälle. Ammattitauteihin liittyvissä kuolemissa voi kuolemaan johtava sairaus olla tiedossa jo elämän aikana. Puolueettomuuden ja vakuutusoikeudellisten etuuksien takia sekä muiden kuolemansyiden mahdollisuuden poissulkemiseksi ammattitautikuolemat kuuluvat hoito-organisaatiosta riippumattoman oikeuslääketieteellisen kuolemansyyn selvitykseen. Konkreettinen esimerkki ammattitautikuolemista ovat asbestin aiheuttamaan keuhkosyöpään tai mesotelioomaan liittyvät kuolemat. Ammattitauteihin liittyvään kuolemansyyn selvitykseen kuuluu Suomessa yleensä oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus.

HOITOKUOLEMA JA SEN TUTKINTA

Lääketieteelliseen hoitoon ja tutkimukseen liittyy aina riskejä, jotka toteutuessaan voivat johdattaa kuolemaan. Jos kuolemaan liittyy epäily tutkimus- tai hoitotoimenpiteiden tai niiden laiminlyönnin osuudesta, on tehtävä ilmoitus poliisille. Hoitokuolemaksi kutsutaan kuolemantapausta, jossa kuolemaan johtanut tapahtumaketju alkaa lääketieteellisestä hoito- tai tutkimustoimenpiteestä. Tutkittavalla oireella tai hoidettavalla sairaudella ei tällöin ole syy-yhteyttä kuolemaan tai sen osuus on korkeintaan myötävaikuttava. On tärkeä huomata, että hoitokuoleman käsite on neutraali eikä sinänsä tarkoita, että hoitoon tai tutkimukseen liittyy virhe, laiminlyönti tai huolimattomuus. Hoitokuolema ei myöskään sisällä kannanottoa siihen johtaneen tutkimus- tai hoitotoimenpiteen indikaatiosta tai teknisestä suorittamistavasta. Jos kyseessä on ollut hoitovahinko, omaiset voivat hakea korvauksia potilasvakuutuslain (948/2019) perusteella. ([Ks. Potilasvahingot, hoitohaitat ja hoitovirheet](#))

Hoitokuolemaa epäiltäessä oikeuslääketieteellinen kuolemansyyn selvitys on tärkeä osa terveydenhuollon oikeusturva- ja laatuajattelun ja laatuajattelun. Laadun jatkuvaa paranemista tavoitteleva toimintakulttuuri on avoin virheilleen ja osaa hyödyntää traagisen hoitokuoleman tilanteena, josta on mahdollisuus oppia. Hoitokuolema on tutkinnallisesti usein vaativa ja edellyttää poliisista ja hoito-organisaatiosta riippumatonta oikeuslääkäriä. Tapauksissa tarvitaan usein myös muiden alojen ja hoito-organisaation ulkopuolisten erikoislääkärien lausuntoja. Prosessit ovat juridisesti vaativia myös tuomioistuimissa, joissa lääketieteellisten syy-seuraussuhteiden ymmärtäminen voi olla vähäistä.

Pitkäaikainen sairaus voi käytännössä päättyä nopeasti kuolemaan. Omaisille tämä voi aiheuttaa epäilyn hoitovirheestä, vaikka kuolema olisi lääkärin näkökulmasta ollut luonnollinen, jopa odotettu tapahtuma. Toisaalta ajallinen yhteys toimenpiteen ja kuoleman välillä voi herättää ajatuksen syy-seuraussuhteesta, vaikka näin ei lääketieteellisesti arvioiden olisi-kaan. Samoin elintoimintojen ylläpitämiseksi tehtyä toimenpidettä seurannut kuolema voi olla omaiselle vaikea mieltää tilanteena, jossa potilas olisi joka tapauksessa menehtynyt.

Kuolemansyyn selvittämistapa on oikeuslääketieteellinen periaatteessa aina, jos joku esittää perustellun epäilyn toimenpiteen osuudesta kuolemaan. Potilaan omaisille on kaikissa kuolemantapauksissa annettava mahdollisuus keskusteluun hoitavan lääkärin tai kuolemansyyn selvityksestä vastanneen oikeuslääkärin kanssa. Kuolemaan ja sen tutkintaan liittyvien hankalienkin asioiden läpikäyminen kiireettömästi auttaa omaisia surutyössä ja voi ehkäistä pahimmillaan vuosiksi pitkäikäisiä selvityspyynnöitä ja kanteluja.

VAINAJAN POTILASTIEDOT

Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Kuolleen henkilön elinaikana annettua terveyden- ja sairaanhoitoa koskevia tietoja voidaan antaa sille, joka tarvitsee tietoja tärkeiden etujensa tai oikeuksiensa selvittämistä tai toteuttamista varten (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Tietoja tarvitsevan on pyydettävä niitä kirjallisesti potilaan hoitopaikasta. Hakemuksessa on perusteltava, mihin tarkoitukseen niitä pyydetään. Pyytäjä ei kuitenkaan saa vapaasti mitä tahansa potilasasiakirjojen tietoja, vaan vain ne tiedot, jotka ovat välttämättömiä etujen tai oikeuksien selvittämiseksi tai toteuttamiseksi. Jos viranomainen ei katso voivansa luovuttaa pyydettyjä tietoja, asiasta tulee antaa perusteltu päätös valitusosoituksineen (Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999). Terveydenhuollon toimintayksikön tehtävänä on arvioida, onko tietojen antamiselle perusteet, ja jos on, missä laajuudessa ja miltä osin niitä annetaan. Kuolleen potilaan tietojen luovuttamisesta tehdään merkintä potilasasiakirjoihin vastaavasti kuin elävän henkilön potilasasiakirjatietojen luovuttamisesta. (Ks. [Potilasasiakirjat](#))

Tietojen luovuttaminen voi tulla kysymykseen esimerkiksi, jos vainajan lähiomainen haluaa selvittää, liittyykö vainajan kuolemaa edeltäneeseen hoitoon hoitovirhe. Jos omainen haluaa saada hoitovirhe-epäilyn vuoksi potilasasiakirjatietoja, häntä on ohjattava tekemään asiasta kirjallinen hakemus, jossa pyyntö on perusteltava.

Potilastapaus

Vainajan veli pyysi saada terveystieteiden keskuslääkäriltä veljensä kuolintodistuksen ja kuolinsyytiedot. Lääkäri ei suostunut pyyntöön. Hän perusteli ratkaisuaan potilaslain säännöksillä potilasasiakirjatietojen salassa pitämisestä myös potilaan kuoleman jälkeen. Lääkäri pyysi vainajan veljeä esittämään potilaslain ja kuolemansyyn selvittämisestä annetun lain perusteella perustelut pyynnölleen saada tieto vainajan kuolemansyystä. Valvontaviranomainen katsoi, että kuolintodistukseen sisältyvien tietojen luovuttamiseen ei sovelleta potilastietojen luovuttamista koskevia potilaslain säännöksiä, vaan kuolemansyyn selvittämisestä annetun lain 15 §:n säännöksiä. Kyseisen säännöksen mukaan kuolemansyyn selvittämistä koskevat asiakirjat ovat salassa pidettäviä. Niihin sisältyviä tietoja saa kuitenkin antaa ja asiakirjoja luovuttaa vainajan lähiomaiselle tai muulle hänen läheiselleen. Lähiomaisella oli siten oikeus saada perustelematta tieto kyseisistä kuolemansyyn selvittämisestä koskevista asiakirjoissa olevista tiedoista ja jäljennös kuolintodistuksesta.

KUOLLEEN OIKEUDET

Filosofisesti ja oikeusteoreettisesti kiinnostava kysymys on, onko kuolleilla (ihmis-)oikeuksia. Asialla voi olla myös käytännön seurauksia, erityisesti biolääketieteellisen teknologian kehittymisen vuoksi. Konkreettisia esimerkkejä ovat kysymykset siitä, voiko kuolleella miehellä olla oikeus isyyteen, eli saadaanko hänestä kuoleman jälkeen ottaa siittiöitä ja hedelmöittää hänen vaimonsa, tai mitkä ovat joukkohaudoista esiin kaivettujen, surmattujen ihmisten oikeudet. (Ks. [Lapsettomuuden hoito](#))

Kuolleisiin liittyvissä säännöksissä on usein kyse kuolleiden suojelemisesta elävien kielteisiltä toimilta tai ne koskevat heidän viimeisen tahtonsa (testamentin) toteuttamista, mutta ne eivät koske kuolleen ruumiin oikeuksia. Yleiset eettiset, uskonnolliset tai kulttuuriset normit

lähies kaikkialla pyrkivät ainakin vainajan identiteetin selvittämiseen, vainajan hautaamiseen kulttuurin mukaiseen paikkaan ja sen mukaisella tavalla, sekä ruumiin käsittelyyn sitä kunnioittavalla tavalla. Vainajia on käsiteltävä kunnioittavasti myös kuolemansyyn selvityksen yhteydessä ja sen jälkeen ennen hautaamista. Sama koskee vainajaan liittyvien tutkimusnäytteiden ottamista, käsittelyä ja hävittämistä. Ihmisen elimien, kudoksien ja solujen käytöstä annetussa laissa (102/2001) säädetään ruumiinavauksen yhteydessä tapahtuvasta tutkimus- ja opetustoiminnasta. Lain 12 §:n mukaan tutkimus- ja opetustoimintaa on harjoitettava vainajaa kunnioittaen ja siten, ettei vainajan ulkonäkö olennaisesti muutu. ■

Lisätietoja:

Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 13/2003. Teema: Kuolema ja kuolinsyytutkimus, ss 1241–91.

Karkola K, Lalu K. Miksi kuolemansyyt on selvitettävä? Duodecim 1999;115:1521–3.

Pasternack A. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 2006;122:2459–70.

Lääkäri ja yhteiskunta

Yhteiskunta muuttuu jatkuvasti ja terveydenhuoltojärjestelmä sen mukana. Väestön asenteet, koulutus- ja tietotaso, sosioekonominen tilanne ja ikäjakauma muuttuvat. Potilaiden autonomia eli oikeus ja halu osallistua omaan hoitoonsa korostuvat. Medikalisaatio, konsumerismi ja yksilöllistyminen muuttavat potilaan ja lääkärin suhdetta.

Toisaalta lääketieteessä ja terveydenhuollossa tapahtuu monia sisäisiä muutoksia. Teknologian kehittyminen ja hoitomahdollisuuksien kasvu voivat lisätä kustannuksia, mikä lisää tarvetta priorisoida ja tehostaa. Tekoälyn hyödyntäminen voi myös vähentää kustannuksia. Terveydenhuollon organisaatiot kasvavat ja vaatimustaso nousee, mikä lisää johtamisen ja laadunvarmennuksen tarvetta.

Tässä luvussa käsitellään yhteiskunnan ja lääketieteen muutoksia ja niiden vaikutuksia lääkärin toiminnalle. Lääkärin etiikan arvopohja ei ole muuttumassa, mutta etiikan soveltaminen käytäntöön kohtaa uusia haasteita. Yhteisön, organisaatioiden ja yksittäisten potilaiden edut voivat mennä ristiin, jolloin lääkärin kliininen autonomia joutuu koetukselle. Taloudelliset argumentit korostuvat hoitomahdollisuuksien lisääntyessä resurssija nopeammin. Suhtautuminen potilaisiin muuttuu yhä tasa-arvoisemmaksi yhteistyösuhteeksi, ja potilaat saavat yhä enemmän tietoa lääkäristä riippumattomista lähteistä. Toisaalta riskinä on konsumerismin ja medikalisaation lisääntyminen niin, että lisääntyvä palveluiden kysyntä ei enää lisääkään terveyttä. Oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon edistäminen sekä yksittäisen potilaan hoitaminen parhaalla mahdollisella tavalla eivät aina ole helposti yhdistettävissä, vaikka lääketieteen käytettävissä on ennennäkemättömän tehokkaita keinoja.

nusten rajoittaminen yleistyvät. Oikeussuojan tarve kasvaa, kun hoitosuhteen ulkopuolisten tahojen kiinnostus luottamuksellisiin potilastietoihin lisääntyy ja paine ammattitoiminnan valvomiseen kasvaa.

Myös paineet sosiaali- ja terveystalvelujen integraatioon kasvavat. EU-säätely ulottuu moneen terveydenhuollon toiminta-alueeseen. Vuosikausia odotettu ja suunniteltu sote-uudistus muuttaa toimintaympäristöä. Syntyy uusia lääkärin etiikkaa koskevia kysymyksiä. Lääkäri joutuu yhä useammin ajattelemaan koko väestön tai tiettyjen väestöryhmien terveyttä yksittäisen potilaan sijaan. Kun resurssit ovat aina rajallisia, voi toiminta yhden potilaan parhaaksi viedä resursseja muilta potilailta, jotka hyötyisivät hoidosta. Tämä yhteiskunnallinen keskustelu nousi vahvasti esiin koronapandemian aikana, kun pohdittiin tehohoitoaikkujen riittävyttä.

Lääkärin tulee asiantuntijaroolissaan osallistua terveydenhuollon resurssi- ja organisaatiokeskusteluun. Terveydenhuollon tavoitteet ja vaatimukset voivat olla ristiriidassa lääkärin ja potilaan tavoitteiden kanssa. Tällöin lääkärin kliininen autonomia – luottamuksellisen potilas–lääkärisuhteen ydin – on välttämätön, mutta voi joutua uhatuksi. Peruskysymys on, pitääkö lääkärin ensisijaisesti toteuttaa potilaansa etua vai yhteiskunnan tai yritysten vaihtelevia ohjeita ja toiveita.

LÄÄKÄRI JA POTILAS SUOMALAISSA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄSSÄ

Perustuslain (731/1999) mukaan kansalaisella on oikeus riittävään terveydenhuoltoon, josta säädetään tarkemmin lakitasoisesti. Potilaslain (785/1992) mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää terveydentilansa vaatimaan, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Kunta on velvollinen järjestämään terveystalvelut voimavarojensa rajoissa. Hoito on annettava potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen ja yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Julkisen terveydenhuollon tehtäviä hoitavat lääkärit ovat virkasuhteessa kuntiin ja kuntayhtymiin ja toimivat virkavastuulla. Tässä roolissa heitä koskevat sekä yleiset, virkamiehen asemaan liittyvät, että terveydenhuollon ammattitoimintaa ohjaavat säädökset.

Toiminnan yhdenmukaisuus pyrittiin turvaamaan kaikkialla maassa 1990-luvun alkuun asti Lääkintöhallituksen valtakunnallisin määräyksin ja ohjein. Kun tämä ohjeistus ja siihen kiinteästi liittynyt valtionosuusohjaus purettiin, valta ja vastuu siirtyivät kunnille. Terveydenhuollon organisaatioita ja lääkärin työtä ohjaavat muut tekijät vaihtelevat kunnittain ja kuntayhtymittäin. Samalla kunnan voimavaroista kilpailevat lukuisat muutkin lakisääteiset velvoitteet. Yhä keskeisempää on vain oman toiminnan kustannusten kontrollointi. Kun esimerkiksi erikoissairaanhoidon kustannukset ovat viime vuosikymmeninä kasvaneet, kunnat ovat säästäneet perusterveydenhuollon kehittämisestä. Lääkärin olisi hahmotettava ratkaisujensa kokonaiskustannukset, hyödyt ja haitat kaikissa tilanteissa, maksajista riippumatta.

Kunnilla on vastuu järjestää väestönsä tarvitsema terveydenhuolto joko tuottamalla palvelut itse tai ostamalla ne muilta. Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa kuntayhtymä, johon kunta kuuluu. Suomen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä on Euroopan hajautetuin. Vuonna 2020 Suomessa oli yhteensä 310 kuntaa ja 20 sairaanhoitopiiriä. Viime vuosina on tosin yhdistetty sosiaali- ja terveystalveluita maakunnallisiin kuntayhtymiin. Joitakin terveystalveluita on annettu vakuutusjärjestelmän vastuulle (esimerkiksi työtapaturmavakuutuksesta korvattava sairaanhoito), ja yksityiset sairauskuluvakuutukset ovat yleistyneet. Taloudellinen ohjaus on väistämättä pirstaleista ja vaihtelevaa. Tällaisessa järjestelmässä korostuu

lääkärin vastuu valvoa potilaiden parasta sekä seurata oman toimintaympäristönsä kehitystä ja reagoida siihen.

Joulukuussa 2020 eduskunnalle annetun hallituksen esityksen mukaan Suomeen muodostettaisiin 21 hyvinvointialuetta, jolle siirrettäisiin kuntien ja kuntayhtymien vastuulla olevat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävät. Henkilöstö siirtyisi hyvinvointialueiden työntekijöiksi. Lakien on ehdotettu tulevan voimaan porrastetusti viimeistään vuoden 2023 alussa.

VASTUUNA VÄESTÖN TERVEYS

Valtaosa lääkäreistä huolehtii yksittäisistä potilaista, ja monet eettiset ongelmat liittyvät potilas–lääkärisuhteeseen. Lääkärit joutuvat ottamaan työssään huomioon myös eri väestöryhmien ja koko väestön terveyden. Lääkärinvalan voidaan katsoa sisältävän sosiaalieettisen päämäärän: ”Päämääränäni on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen”. Voi katsoa, että tämä sisältää sosiaalisen vastuun väestön terveyteen liittyvistä yleisistä seikoista, kuten elintavoista ja ympäristön tilasta.

Usein on vaikea ratkaista, mikä olisi parasta väestön terveyden kokonaisuuden kannalta. Toimenpiteiden rajaaminen muutamaa sairauteen tai erityistehtävään ei läheskään aina johda toivottuihin tuloksiin. Se ei myöskään yleisesti paranna väestön terveydentilaa eikä edistä kohdeväestön hyvinvointia. Paremmiin on yleensä onnistuttu, kun palvelujärjestelmä on kokonaisvaltainen ja palvelut kohdistetaan perustasolla esiintyviin keskeisiin ongelmiin. Eri vaihtoehtojen edut ja haitat kannattaa punnita huolellisesti, kokeilla toimintaa ja valita ratkaisu, joka näyttää antavan tavoitteiden kannalta parhaan tuloksen.

Terveydenhuollon jonkin osan täydellinen hoitaminen, jos se on ylipäättään edes mahdollista, johtaa usein siihen, että muut osa-alueet kärsivät. Käytännössä on pakko tehdä kompromisseja ja priorisoida. Näihin valintoihin liittyy vaikeita eettisiä kysymyksiä. (Ks. [Priorisointi terveydenhuollossa](#))

Päävastuu julkisen terveydenhuollon resursseista on kuntien poliittisilla päättäjillä. Lääkärillä on oma asiantuntijavastuunsa. Hänen on esitettävä poliittisille päätöksentekijöille ja suurelle yleisölle käytettävissä olevaan näyttöön ja tietoon nojaavat perustelut eri vaihtoehtojen eduista ja haitoista. Lääkärin näkemys vastuuväestönsä tarvitsemista terveydenhuollon voimavaroista saattaa olla ristiriidassa kunnan päätöksentekijöiden linjausten kanssa. Tämä ei poista lääkärin ammatillista vastuuta hoitovalinnoista. Niissä häntä tukevat – lakien lisäksi – näyttöön pohjaavat hoitosuosituksen, jotka eivät kuitenkaan korvaa lääkärin omaa harkintaa ja johtopäätöksiä.

Ammattieettisesti vaikea tilanne syntyy, jos lääkäri kokee, ettei puutteellisten resurssien vuoksi voi hoitaa potilaitaan riittävän hyvin. Lääkärin on toimittava sen puolesta, että potilaat saavat tarpeellisen hoidon. Lääkärin eettisten ohjeiden mukaan lääkärin tulee toimia aktiivisesti niin, että hän voi työssään noudattaa ohjeiden velvollisuuksia ja periaatteita. Jos tämä ei toteudu, lääkärin on omantuntonsa mukaisesti jopa päätettävä, voiko hän jatkaa toimissaan.

Lääkärillä ei ole kunnan päättävissä elimissä virka-asemasta johtuvaa muodollista päättäntävaltaa. Sen sijaan hänellä voi olla esittelijän vastuu. Eettisesti tämä on johdonmukaista: työnjako asiantuntijan (lääkäri) ja poliittisen vastuun kantavien päättäjien (kunta tai kuntayhtymä ja sen edustuksellisen demokratian toimijat) on selkeästi määriteltävä. Vastuun jakaminen ja intressiryhmien välinen hedelmällinen ajatustenvaihto on tarkoituksenmukaisten ratkaisujen edellytys.

Esittelijälääkärinä voi arvostella, jos hän ei ole seurannut alansa kehitystä, hankkinut tietoja ja kokemusta suosittelemistaan ratkaisuksista tai jos hän esiintyy asiantuntijana, vaikka tiedot ovat vaillinaiset. Esittelyn pohjalta päättäviä voidaan kritisoida, jos poliittinen tarkoitushakuisuus ohittaa näyttöön perustuvan ratkaisuehdotuksen. Jos esittelijä pitää päätöstä virheellisenä, hänen pitää jättää päätökseen eriyvä mielipide. Tällöin hän on toiminut virkavastuunsa mukaisesti. Yhteinen moite voidaan antaa, jos ratkaisujen edellyttämistä tutkimuksia ja arviointoja ei ole tehty tai niiden tuloksiin perustuvia ratkaisuja ei ole tuotu esiin tasapuolisesti ja yleisesti ymmärrettävällä tavalla.

KLIININEN AUTONOMIA JA PROFESSIONAALINEN OHJAUS

Luottamuksellinen potilas–lääkärisuhde edellyttää lääkärin kliinistä autonomiaa. Lääkärin on oltava potilastyöhön liittyvässä päätöksenteossään riippumaton ja itsenäinen, toimipa hän missä organisaatiossa tahansa. Samalla lailla hänen on oltava riippumaton ja itsenäinen suhteessa hoitoja vaativaan potilaaseen, tämän työnantajaan tai vakuutusyhtiöön niin, että hän voi pysyttäytyä lääketieteellisesti perustelluissa hoitomuodoissa. Tämä ei sulje pois työpaikalla annettavia lääketieteellisesti perusteltuja ohjeita.

Terveydenhuollon rakennemuutoksessa kysymys lääkärin kliinisestä autonomiasta on keskeinen sekä eettiseltä että potilaan oikeuksien kannalta. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) sisältää säännökset lääkärin ja hammaslääkärin erityisistä oikeuksista ja velvollisuuksista. Lain mukaan potilaan lääketieteellisestä tai hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta päättää laillistettu lääkäri, hammaslääkäri tai tällaisen sijaisena toimiva lääketieteen tai hammaslääketieteen opiskelija. Lääkärillä ja hammaslääkärillä on myös erityinen oikeus määrätä lääkkeitä ja kirjoittaa lääkärintodistuksia.

Suomen Lääkäriliiton ja Suomen Hammaslääkäriliiton eettiset ohjeet sekä lääkärinvala ja hammaslääkärinvala ovat lääkärin ja hammaslääkärin työn professionaalisen ohjauksen perusta. (Ks. **Etiikka, eettiset julistukset ja laki, Lääkärien toiminnan valvonta**) Elävä ja jatkuva keskustelu eettisistä periaatekysymyksistä on tärkeää, koska olosuhteet muuttuvat ja uusia haasteita ilmenee koko ajan. Lääkärikunta itse tuntee parhaiten omat työskentelyolosuhteensa. Siksi lääkärin on aktiivisesti seurattava aikaansa ja otettava kantaa esille nouseviin kysymyksiin. Pelkästään ulkoa tulevat normit ja vaikutteet, kuten ammatilliset toimintaohjeistot ja lain kirjain eivät takaa, että lääkäri toimii eettisesti. Lääkärin ensisijaisena ohjenuorana on oltava kunnioitus potilasta kohtaan sekä huolenpito tämän hyvinvoinnista ja oikeuksista.

On mahdollista, että lääkärin lakisääteinen oikeus taudin ja hoidon määrittämiseen joutuu ristiriitaan muiden normien ja ohjaustekijöiden kanssa. Esimerkiksi hoitotakuun mukana toteutunut hoitajien tekemä hoidon tarpeen arviointi ja hoitajaresepti ovat aiheuttaneet keskustelun siitä, kuka lopulta kantaa vastuun hoitoratkaisuista. Tavallisimmin ristiriitatilanteisiin joudutaan hoidon taloudellisten rajoitusten vuoksi. Kun kunnalliset toimintasäännöt, budjettirajoitukset tai muut kliinisen työn ulkopuolelta tulevat ohjaustekijät uhkaavat lääkärin mahdollisuuksia toteuttaa hyvää hoitoa, paikallisen lääkärin on pyrittävä neuvotellen turvaamaan kliininen autonomiansa ja tarvittaessa Suomen Lääkäriliiton tai Suomen Hammaslääkäriliiton tuella korjaamaan ristiriidan aiheuttanutta sääntöä. Ei voida pitää laillisena, että potilaan hoitoa koskevat päätökset pyritään siirtämään henkilöille tai toimielimille, joilla ei ole lääketieteellistä koulutusta ja asiantuntemusta. Terveydenhuoltolaki (1326/2010; 57 §) määrittää lääketieteelliset johtamisvastuut terveydenhuollon toimintayksiköissä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa on keskeiset säännökset lääkärin-toimen valvonnasta, jota toteuttavat aluehallintovirastot sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira. Lisäksi Valvira valvoo palvelujärjestelmää mukaan lukien sosiaalihuolto. Valvira käyttää terveysasioissa laajaa lääkäriasiantuntijoiden verkostoa ratkaisujensa valmistelussa. Käytännössä nämä asiantuntijalääkärit vastaavat valvonnan lääketieteellisestä pätevyydestä. Lääkärikunnan professionaalisen autonomian kannalta on tärkeää, että valvonnassa käytetyt asiantuntijat nauttivat myös ammattikunnan luottamusta. (Ks. **Lääkärien toiminnan valvonta**) ■

Lisätietoja:

Kekomäki M. Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin, Kustannus Oy Duodecim, 2019.

Suomen Lääkäriliitto. Lääkärin autonomia huoneentaulu

Wrede S et al. Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkärin näkökulmasta, SLL / HY raportti

Priorisointi terveydenhuollossa

Terveydenhuollon resurssit ovat rajalliset ja riittämättömät kaiken mahdollisesti hyödyllisen hoidon järjestämiseksi. Siksi terveydenhuollossa joudutaan aina valitsemaan, mitä hoitoja järjestetään, millä tavalla ja mille potilasryhmille. Resurssit tulisi käyttää oikeudenmukaisesti ja tehokkaasti.

Käytännössä lääkäri joutuu toimimaan potilaan parhaaksi niiden resurssien rajoissa, jotka hänen käytettäviinsä on annettu.

Priorisoinnin tulee perustua eettisesti hyväksytyihin periaatteisiin, joissa korostuvat yhdenvertaisuuden, hoidon tarpeen ja kustannusvaikuttavuuden huomioon ottaminen.

Priorisointi tarkoittaa sananmukaisesti asioiden ensisijaistamista eli asettamista tärkeysjärjestykseen. Terveydenhuollossa tarvitaan priorisointia, koska käytettävissä olevat voimavarat eivät riitä kaikkien tärkeinä pidettyjen asioiden tekemiseen tai kaikkien mahdollisesti potilasta hyödyttävien hoitojen antamiseen. Hoidon priorisointia on tehty aina. Useimmat hoitopäätökset sisältävät vaihtoehtokustannuksia: samalla ajalla tai samoilla resursseilla olisi voitu hoitaa joku toinen potilas. Hoitajoina olevien potilaiden asettaminen järjestykseen on arkipäivän hoidon priorisointia.

Priorisointikeskustelun lähtökohdانا on lääketieteen ja hoidon rajojen pohtiminen – kaikkia ihmisten terveyteen liittyviä tarpeita ja toiveita ei voida eikä ole syytäkään tyydyttää terveydenhuollon keinoin. Lääketieteen nopea kehitys on lisännyt mahdollisuuksia auttaa ihmisiä, mutta samalla se on aiheuttanut painetta kustannusten jatkuvaan kasvuun.

MITÄ PRIORISOINTI ON?

Priorisointi voidaan ymmärtää laajasti, jokapäiväiseen lääkärin työhön kuuluvana asioiden asettamisena tärkeysjärjestykseen. Tällöin priorisointina pidetään esimerkiksi eri hoitojen haittojen ja hyötyjen analysointia tai potilaiden kiireellisyyden arviointia päivystystilanteessa. Usein priorisointi kuitenkin ymmärretään suppeammin resurssien niukkuudesta johtuvaksi tarpeeksi jättää joitakin hoitoja antamatta. Tällöin kuvaavampi termi voisi olla terveydenhuollon ”säännöstely”. Priorisointikeskustelu on myös hyvä erottaa terveydenhuollon tehostamisesta, jonka tarkoituksena on vähentää priorisoinnin tarvetta. Priorisoinnin tarvetta pitävät yllä muun muassa teknologian kehittyminen, vaatimustason kasvu, väestön ikääntyminen ja medikalisaatio. (ks. **Medikalisaatio**)

Terveydenhuollon priorisoinnista voidaan keskustella kahdesta eri näkökulmasta. Ensinnäkin voidaan pohtia priorisoinnin toivottua lopputulosta eli sitä, kuinka suuri osa verotuloista pitäisi kohdentaa terveydenhuoltoon, ja miten voimavarat pitäisi jakaa terveydenhuollon sisällä. Toisaalta taas voidaan pohtia oikeudenmukaista priorisoinnin menetelmää eli sitä, miten, missä ja kenen nämä päätökset pitäisi tehdä. Keskustelu oikeudenmukaisesta priorisointijärjestelmästä on parin viime vuosikymmenen aikana korostunut. Priorisointi nähdään nykyisin jatkuvana prosessina, eikä kerralla valmista priorisointikriteeristöä ja -prosessia liene käytännössä koskaan mahdollista luoda. Kysymys on myös asiantuntijuuden ja tosiasioiden suhteesta poliittisiin ja muihin yhteiskunnallisiin arvovalintoihin.

Terveydenhuollon priorisointia tehdään eri tasoilla yhteiskunnassa:

- Päätökset voimavarojen jaosta yhteiskunnan eri lohkoille tehdään valtion ja kuntien budjeteissa.
- Terveydenhuollon sisäisestä voimavarojen jaosta eri toimintoihin päätetään kuntien, kuntayhtymien ja sairaaloiden tasolla. Valtakunnallisesti tätä päätöksentekoa ohjataan yhtenäisillä kiireettömän hoidon perusteilla ja palveluvalikoimaneuvoston suosituksilla.
- Terveydenhuollon henkilöstö tekee priorisointiratkaisuja yksittäisten potilaiden hoidosta.
- Kansalaiset tekevät priorisointiratkaisuja pohtiessaan, käyttävätkö he rahansa terveydenhuollon palveluihin ja lääkkeisiin vai johonkin muuhun.

PRIORISOINNIN KRITEERIT JA PERIAATTEET

Kysymys terveydenhuollon riittävästä resursseista ja riittävästä palveluista on haastava. Se on olennaisesti poliittinen kysymys, jota ei nykyisellä lainsäädännöllä ole kovin selkeästi määritetty.

Priorisoinnin lainsäädäntö

Suomessa priorisoinnin lähtökohta on perustuslaki (731/1999), jonka mukaan:

”Julksen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.” Perustuslaki ei luo potilaalle subjektiivista oikeutta saada kaikkea mahdollista terveydenhuoltoa. Se, mikä on riittävää, on tulkinnanvaraista, eikä sitä ole lainsäädännöllä kovin tarkasti määritetty.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan:

”Kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin.”

”Sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti.”

”Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet.”

”Terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmäärittäminen, hoito ja kuntoutus.

Palveluvalikoimaan ei kuitenkaan kuulu sellainen terveyden- ja sairaanhoidon toimenpide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikuttavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden.

Potilasta voidaan tutkia ja hoitaa palveluvalikoimaan kuulumattomalla lääketieteellisellä tai hammaslääketieteellisellä tutkimus- ja hoitomenetelmällä, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen.”

”Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto, jonka tehtävänä on seurata ja arvioida terveydenhuollon palveluvalikoimaa sekä antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta.”

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään:

”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä”.

Eduskunnan oikeusasiamies on todennut ratkaisuisaan (esim. 921/4/04, 2005, Dnro 1863/4/11, 2013) priorisoinnista muun muassa, että

- erityisen kalliin hoidon antamatta jättämistä ei voida lain mukaan perustella sillä, että resurssit ovat rajalliset ja muuten jäisi niin paljon muita potilaita hoitamatta
- erikoissairaanhoitoon järjestämisvastuun ulkopuolelle ei voida sulkea tiettyjä sairauksia sairastavia potilasryhmiä
- syrjinnän kielto on hoitoratkaisuissa keskeisen tärkeä perusoikeuksien toteutumiseen liittyvä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuskysymys
- mikään muu priorisointi yksittäisissä hoitoratkaisuissa ei ole lainmukaista kuin sairautteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva
- terveydenhuollon palvelujen saatavuuden perusteena tulee olla potilaan terveydentilan edellyttämä, lääketieteellisesti perusteltu hoidon tarve.

Ratkaisujen perusteluja on kritisoitu muun muassa siitä, että käytännössä resurssit ovat rajalliset eikä esitetyn periaatteen toteuttaminen ole aina mahdollista.

Priorisoinnin tulee perustua eettisesti hyväksyttäviin periaatteisiin. Keskeisimpänä voidaan pitää ihmisarvon periaatetta: kaikki ihmiset ovat samanarvoisia, ja heillä on samat oikeudet riippumatta heidän ominaisuuksistaan tai asemastaan yhteiskunnassa. Toinen tärkeä periaate on solidaarisuus, eli priorisointi tarpeiden mukaan: yhtäläisessä hoidon tarpeessa oleville tulee antaa yhtäläinen hoito. Kolmas priorisoinnissa noudatettava periaate on kustan-

nusvaikuttavuus: valitaan sellaiset toimintavaihtoehdot, jotka käytettyihin resursseihin nähden tuottavat potilaille eniten terveyttä tai elämänlaatua. Potilaan hoito voi siis olla vaikuttavaa, mutta ei riittävän kustannusvaikuttavaa, jotta sitä olisi perusteltua järjestää julkisessa terveydenhuollossa.

Priorisointikeskustelussa korostuu usein kustannusvaikuttavuus, koska se on tekninen ja ainakin osittain mitattavissa oleva asia. Kustannusvaikuttavuuden korostamisella pyritään myös tehostamaan koko toimintaa, jolloin resurssipulasta johtuva säännöstelyn tarve vähenee. Priorisointikeskustelu edellyttää mahdollisimman hyvää tietämystä terveydenhuollon toimintojen kustannuksista ja vaikutuksista. Tämä tieto on kuitenkin useimmiten varsin puutteellista muun muassa sen takia, että kustannusvaikuttavuus on osittain sidoksissa järjestelmään, aikaan ja moniin kulttuuritekijöihin.

Kustannusvaikuttavuustiedon lisäksi on tunnistettava ja hyväksyttävä päätöksentekoon vaikuttavat arvot ja eettiset periaatteet. Priorisointi ei voi perustua pelkästään mahdollisimman suuren kansanterveyshyödyn tavoitteluun, koska silloin kysymykset terveydenhuollon oikeudenmukaisesta jakautumisesta yksilötasolla unohtuvat. Ei pidetä oikeudenmukaisena jättää antamatta vakavien sairauksien kalliita hoitoja, vaikka samoilla resursseilla voitaisiin hoitaa useita lievemmin sairaita. Sama kansanterveyshyöty voidaan saavuttaa hyvinkin erilaisin keinoin. Yhtenä mittarina keinojen arvioinnissa voidaan käyttää laskukaavaa, joka mittaa eri hoitojen tarjoamaa elinvuosien ja elämänlaadun parantumista (QALY). Kaavaa on toisaalta kritisoitu siitä, että se ei huomioi riittävästi ihmisten erilaisia näkemyksiä eri sairauksien tai vammojen merkityksestä elämänlaatuun.

Potilaiden arvoilla ja mielipiteillä on yhä suurempi merkitys terveydenhuollon resursseja jaettaessa. Yksittäiset potilaat voivat arvottaa samankin hoidon varsin eri tavoin, ja potilaan arvoja on kunnioitettava hoitopäätöstä tehtäessä. Potilas voi katsoa tarvitsevansa hoitoa tilanteessa, jossa lääkäri ei lääketieteellisesti arvioiden näe vastaavaa tarvetta. Viime kädessä tarpeen määrittää ammattilainen, vaikka potilasta on kuultava. Resursseja ei pidä jakaa yksinomaan kysynnän perusteella, koska se ei aina vastaa potilaiden todellisia tarpeita, eikä siksi edistä terveyttä tehokkaasti.

Ikää priorisointikriteerinä on perusteltu sillä, että nuorempien suosimisella pyritään antamaan heille yhtäläiset mahdollisuudet elää vanhoiksi. Iän käyttämistä priorisointikriteerinä ei kuitenkaan pidetä lääkärin etiikan mukaisena. Tämä on todettu esimerkiksi Maailman lääkäriiliiton (WMA) Geneven julistuksessa. Joissakin tapauksissa voi olla perusteltua suunnata voimavarat nuorempien hyväksi, kun potilaan ikä korreloi esimerkiksi leikkausriskiin tai mahdollisuuden hyötyä hoidosta. Potilaan tilanne pitäisi kuitenkin aina huomioida yksilöllisesti, sillä joissakin tapauksissa vanhus voi hyötyä toimenpiteestä enemmän kuin nuorempi ihminen tai vanhukselle voi olla kuntoutumisen kannalta tärkeämpää päästä nopeammin hoitoon kuin nuoremman.

Potilastapaus

Vanhuksen sepelvaltimoiden ohitusleikkauspäätöksessä pitää ottaa huomioon useita tekijöitä. Päätös leikkaamatta jättämisestä voi perustua esimerkiksi siihen, että vanhus voi olla liian huonokuntoinen leikattavaksi (lääketieteellinen tosiasia), hän ei halua tulla leikatuksi (potilaan omat arvot) tai sydänkirurgian voimavarat halutaan kustannusvaikuttavuuden ja oikeudenmukaisuuden periaatteiden mukaisesti suunnata toisaalle (ammattikunnan tai yhteisön arvot). Huonokuntoisuus on usein suhteellista, jolloin leik-

kauspäätös muuttuu siedettävän riskin määrittelemiseksi. Priorisointipäätös tehdään käytännössä ensin – eli päätetään, tarjotaanko leikkausta vai ei – ja tämän jälkeen potilas saa arvioida, haluaako hän leikkaukseen.

Priorisointikriteeriksi on ehdotettu myös muun muassa henkilöiden omaa osuutta terveydentilansa heikkenemisessä (tupakoinnista ja liikkumattomuudesta aiheutuvat elintapasairaudet), yhteiskunnalle koituvaa hyötyä työkykyisyyden saavuttamisesta, huollettavien määrää sekä yhteiskunnallista asemaa tai ansioita. Nämä ovat kaikki osaltaan intuitiivisia, mutta tarkemmin tarkasteltuina eettisesti ongelmallisia priorisointiperusteita. Äärimmillen vietyinä ne johtaisivat sietämättömiin lopputuloksiin. Nykyisin Suomessa käytössä olevan lääkärinvalan mukaan lääkäri lupaa täyttää lääkärin velvollisuutensa jokaista kohtaan ketään syrjimättä. Lääkärin ammattietiikkaan ei sovi potilaiden priorisointi muun kuin lääketieteellisen syyn perusteella.

PRIORISOINTI SUOMALAISESSA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄSSÄ

Suomessa priorisointipäätöksenteko ei ole perinteisesti ollut kovin avointa. Priorisointia on toteutettu muuhun päätöksentekoon verhoituna limittäin useilla eri päätöksenteon tasoilla tarkemmin määrittelemättömien perusteiden ja prosessien tuloksena. Suomessa on kuitenkin joitakin järjestelmätason systemaattisia ja avoimia priorisointijärjestelmiä. Sellaisia ovat esimerkiksi erikoissairaanhoidon kiireettömän hoidon perusteet, lääkekorvausjärjestelmä, kansallinen rokotusohjelma ja seulontaohjelmat.

Vuodesta 2005 lähtien sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt erikoissairaanhoidon yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Lääkärit käyttävät näitä suosituksia apunaan päätäessään potilaan hoidosta. Niiden ohella lääkärin tulee hoitopäätöstä tehdessään ottaa huomioon potilaan yksilöllinen elämäntilanne ja hoidon tarve. Lääkäri voi myös perustellusta syystä poiketa suosituksista.

Vuonna 2014 on perustettu palveluvalikoimaneuvosto, joka antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. Neuvoston suositukset kattavat kuitenkin vain pienen osan terveydenhuollon toiminnasta.

LÄÄKÄRIN ROOLIT PRIORISOINNISSA

Kuilu yhteiskunnan terveydenhuoltoon osoittamien resurssien ja lääketieteen mahdollisuuksien välillä kasvaa jatkuvasti. Koska lääkärin perinteinen pyrkimys on hoitaa yksittäiset potilaansa parhaalla mahdollisella tavalla, kasvaa samalla tämän pyrkimyksen ja resurssien välinen ristiriita. Käytännössä lääkäri joutuu toimimaan potilaan parhaaksi niiden resurssien rajoissa, jotka hänen käytettäviinsä on annettu.

Lääkäreillä on terveydenhuollon priorisointipäätösten teossa keskeinen rooli, koska heillä on priorisoinnissa välttämätön lääketieteellisen asiantuntemus. Olennaista on kuitenkin erottaa lääkäri kliinikkona tekemässä yksittäistä hoitopäätöstä ja lääkäri julkisen terveydenhuollon hallinnossa tai asiantuntijatehtävissä. Lääkärillä on velvollisuus tuoda esiin tietämyk-

sensä terveydenhuollossa tarvittavista resursseista ja siitä, mitä erilaisista priorisointipäätöksistä potilaiden kannalta seuraa.

Yksittäisessä hoitopäätöksessä lääkärillä tulee olla kliininen autonomia toimia hoidettavan potilaan parhaaksi yhdessä tämän kanssa neuvotellen – hoitotapahtuman ulkopuolelta määrätyt reunaehdot huomioon ottaen. Potilaalla on oikeus saada tietoa käytettävissä olevista hoitovaihtoehdoista, niiden seurauksista ja kustannuksista sekä osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Kun potilas ei priorisoinnin vuoksi voi saada häntä hyödyttävää hoitoa julkisessa terveydenhuollossa, tulee lääkärin informoida potilasta asiasta ja keskustella hänen kanssaan päätöksen hoidollisesta merkityksestä.

Potilastapaus

Psykiatri toteaa, että päivystykseen tulleen potilaan hyvä hoito olisi potilaan ottamista joksikin aikaa osastohoitoon. Osastolla on kuitenkin jo nyt potilaita ylipaikoilla, joten sänkyjä ei ole vapaana. Teoriassa lääkäri voisi ryhtyä priorisoimaan potilaita kotiuttamalla sillä hetkellä vähiten osastohoitoa tarvitsevan potilaan. Käytännössä tämä on kuitenkin vaikeaa, joten lääkäri kertoo päivystyspotilaille, että avohoidon toimenpitein hänen sairautensa on tällä kertaa akuutisti hallittavissa. Näin yhteiskunnan eri tasoilla tehdyt priorisointipäätökset konkretisoituvat viime kädessä lääkärin hoitopäätöksessä.

Ylemmällä hallinnollisella päätöksenteon tasolla lääkäri ei yleensä ole päätöksentekijä, vaan toimii useimmiten asiantuntijan roolissa. Monet terveydenhuollon kysymykset ovatkin poliittisia, ja julkisen terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta on viime kädessä vastuussa julkinen valta ja erityisesti demokraattinen päätöksentekojärjestelmä.

Terveydenhuollon priorisointia koskevien päätösten on oltava mahdollisimman läpinäkyviä ja selkeästi määriteltyjä. Perusteiden ja päätöksentekomenetelmien on oltava yleisesti hyväksytyjä, oikeudenmukaisia ja julkisia. Kansalaisilla tulee olla oikeus osallistua aktiivisesti priorisointia koskeviin päätöksentekoprosesseihin. ■

Lisätietoja:

Autti-Rämö I ym. Priorisointi ei ole tunnepeliä. Suomen Lääkärilehti 2018;73:2985.

Kekomäki M. Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin. Kustannus Oy Duodecim, 2019.

Lindqvist M. Terveydenhuollon valinnat – Eettisiä näkökohtia. Duodecim 2004;120(4):381–6.

Miten terveydenhuollon valinnat pitäisi tehdä? Terveysfoorumilla 11.5.2012 käytyä keskustelua. Suomen Lääkärilehti, Liite 16.11.2012 46/2012 vsk.67, s. 13–15.

Palveluvalikoimaneuvosto: <https://palveluvalikoima.fi/>

Priorisointi – terveydenhuollon valinnat. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim r.y:n koolle kutsuman priorisointineuvottelukunnan kannanotto. Duodecim 2000.

Saarni S, Vuorenkoski L. Terveydenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. Duodecim 2003;119:993–1000.

Tarve terveydenhuollossa - kuka määrittää? ETENE julkaisuja 18, 2006.

Terveysfoorumi 2011 – Terveydenhuollon valinnat. Seminaariraportti.

<http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1813512239/terveysfoorumi2011.pdf>

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. STM julkaisuja 2019:2. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf

Johtaminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollon johtaminen on mielenkiintoista ja vaikeaa, sillä järjestelmä on hyvin monimutkainen. Haastetta lisää pyrkimys uudistaa palvelujärjestelmää integroiden sosiaali- ja terveyspalvelut. Ongelmat ovat aina pirullisia (wicked problems), joten suoraviivaiset ja yksinkertaistetut ratkaisumallit toimivat huonosti.

Johtajan ja hoitojärjestelmän tavoitteet ovat toiminnan vaikuttavuus, taloudellisuus, potilaiden asiakastyytyväisyys sekä ammattilaisten työhyvinvointi. Johdon tehtävänä on luoda näille edellytykset ja huolehtia, että tavoitteisiin edetään eettisesti kestäväällä tavalla.

Terveyspalveluiden johtaja toimii erilaisten arvojärjestelmien välissä. Leimaa antavaa on jatkuva ristiveto yhteisön parhaan ja yksilön parhaan välillä. Yhtäällä ovat hyvinvointivaltion arvot, kuten demokratia, turvallisuus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Toisaalla ovat ammattieettiset arvot, kuten toiminta yksittäisen potilaan parhaaksi ja luotamuksellisuus. Lisäksi toimintaan vaikuttavat sellaiset julkisen vallan byrokraattiset arvot, kuin julkisuus, oikeusturva ja oikeiden prosessien korostaminen sekä liiketoiminnan arvot, kuten taloudellisen tuloksen korostaminen.

Terveydenhuollon johtamisen eettiset haasteet voidaan nähdä näiden arvojärjestelmien välisenä tulkintana ja tasapainon etsintänä niin, että terveydenhuoltojärjestelmä kokonaisuutena toimii mahdollisimman hyvin potilaiden parhaaksi. Ristiriitaiset tavoitteet eivät saa johtaa siihen, että ammattilaiset joutuvat tinkimään potilaan hoidossa esimerkiksi tutkimustietoon perustuvista hoitokäytännöistä, vaan johtajan on varmistettava ammattilaisten toimintamahdollisuudet. Johtajan asema arvojärjestelmien tasapainoilussa vaihtelee organisaatiotason mukaan: sairaanhoitopiirin johtajan on oltava lähempänä demokraattisen hyvinvointivaltion arvoja kuin erikoislääkäriin, joka on ammattieettisesti vastuussa tietyn potilasjoukon hyvästä hoidosta. Arvojärjestelmien ymmärtäminen ja niiden välisen dialogin onnistuminen lisää organisaation sisäistä luottamusta ja siten myös potilaiden mahdollisuuksia luottaa terveyspalvelujen tuottajaan.

Terveydenhuollossa tarvitaan johtajuutta, eikä perinteinen hallinnointi enää riitä. Lääkärin koulutus antaa hyvän pohjan ymmärtää terveydenhuollon palvelutoiminnan logiikkaa, tehdä valintoja eri vaihtoehtojen välillä sekä saavuttaa asiantuntija-alaisten luottamus, siis toimia johtajana ja kehittää johtamistaitoja edelleen.

AMMATTIETIIKKA JA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ

Arvojärjestelmien tasapainottamisen lisäksi terveydenhuollon johtajan on tasapainotettava niitä monia ja eri tasoilla eroavia tavoitteita, joita terveydenhuoltojärjestelmältä odotetaan. Keskeinen eettinen haaste on, että yksittäisen lääkärin odotetaan toimivan ammattietiikan mukaisesti potilaan parhaaksi, kun taas terveydenhuoltojärjestelmältä kokonaisuutena odotetaan muitakin asioita. Johtamisen haaste syntyy, kun nämä – vaikkapa terveyserojen kaventaminen, oikeudenmukaisuus ja yksittäisen potilaan parhaaksi toimiminen – ovat ristiriidassa. Tämä havainnollistuu myös lainsäädännössä:

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, 15 §) määrittää yksittäisen ammattilaisen päämäärät:

”Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.”

Toisaalta terveydenhuoltolaki (2010/1326, 2 §) määrittää julkisen terveydenhuoltojärjestelmän päämäärät:

”Lain tarkoituksena on:

- 1) edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta;*
- 2) kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja;*
- 3) toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilas-turvallisuutta;*
- 4) vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeksyyttä; sekä*
- 5) vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.”*

Yksi terveydenhuollon johtamisen haaste on mahdollistaa terveydenhuollon ammattilaisten ammattietiikan mukainen toiminta niin, että organisaation (julkinen tai yksityinen) ja yhteiskunnan tavoitteet otetaan huomioon. Organisaatioympäristön toiminta ja todelliset arvot joko helpottavat tai vaikeuttavat ammattietiikan mukaista toimintaa. Ammattietiikan aikaperspektiivissä terveydenhuollon toimintaympäristö on muuttunut nopeasti lääkärin ja potilaan kahdenvälisestä kohtaamisesta monimutkaiseksi ja -ammattilliseksi teknologiasidonnaiseksi organisaatioiden joukoksi. Säästövelvoitteet voivat oleellisesti vaikeuttaa ammattietiikan toteutumista.

Johtajan on pidettävä mielessään tärkein resurssinsa, osaava henkilöstö, sillä ilman sitä ei terveydenhuollossakaan tehdä tulosta: potilaiden laadukasta hoitoa. Johtajan päätehtävä on pitää huoli siitä, että henkilöstöä on riittävästi, että sen osaaminen on kohdallaan, toimintakyky on optimaalinen ja että työtyytyväisyyttä ja -hyvinvointia aidosti seurataan ja tarvittaessa kohennetaan. Digitalisaation lisääntyessä korostuvat johtajan rooli ja vastuu myös siitä, etteivät terveydenhuollon tietojärjestelmät ja niiden käyttö kuormita henkilöstöä kohtuuttomasti ja hyvän potilashoidon kustannuksella.

TERVEYSPALVELUIDEN LAATU, KYSYNTÄ JA TARJONTA

Johtajat ovat vastuussa siitä, että laadukkaita terveyspalveluita on tarjolla tarvetta vastaavasti. Laadulla on perinteisesti tarkoitettu lähinnä lääketieteellisen osaamisen laatua. Jotta palvelujärjestelmä toimisi laadukkaasti, on huomiota kiinnitettävä myös toimintayksikön johtamiseen, rakenteisiin, tehokkuuteen, prosesseihin ja asiakaspalveluun. Pyrkimys kehittää oman työnsä laatua on jokaisen lääkärin eettinen velvollisuus. Johtajan on huolehdittava ammattilaisten taitojen lisäksi myös organisaation kyvykkyydestä. Laadukas ja tehokas toiminta edellyttää toimivia hoitoprosesseja.

Palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden sekä saatavuuden jatkuva parantaminen on johtamisen keskeinen haaste. Johtajan, eritoten lääkärijohtajan, tehtävä on pitää omissa ja muiden mielessä, että terveydenhuollossa toimitaan eettisesti kestävästi, potilaan ja väestön parhaaksi. Palvelujen tarjontaa voidaan parantaa paitsi resursseja lisäämällä myös tehostamalla toimintaprosesseja. Ideaalitapauksessa organisaatio rakentuu potilaan ympärille niin, että ammattilaisten työtä häiritseviä ja hidastavia tekijöitä on mahdollisimman vähän. Yhtä tärkeää on, että ammattilaiset käyttävät työaikansa potilasta hyödyttävien asioiden tekemiseen. Johtajan haasteena on osata tehdä työtään ammattilaisten tukena niin, että hoitomuotoja ja työtapoja kaiken aikaa arvioidaan kriittisesti ja käytöstä poistetaan niitä, joista potilaat eivät hyödy. Rajallisten resurssien tuhlaaminen on epäeettistä. On hyväksyttävä se, ettei kaikkia hyviä asioita voi saavuttaa samanaikaisesti, vaan joudutaan priorisoimaan. (Ks. **Priorisointi terveydenhuollossa**) Johtajan toimintavapauteen vaikuttaa vahvasti talousohjauksen lisäksi normiohjaus. Esimerkkejä ovat säädökset, kuten hoitotakuu, joka takaa potilaille oikeuden saada tarvitsemiinsa hoitoja tiettyssä ajassa, ja koululaisten laajoja terveystarkastuksia koskeva asetus, jolla lääkärin työajan käyttöä tarkkaan määrätään.

Palvelujen laatuun on suhtauduttava avoimesti ja rehellisesti, jotta järjestelmän toimivuudesta ja potilaan oikeuksien toteutumisesta voidaan varmistua. Yksilöiden ja organisaatioiden on otettava opiksi laatueroja ja virheitä. Hankaluuksiin johtaneet vahingot ja virheet ovat harvoin pelkästään yksittäisten ihmisten syytä. Virheille altistavat myös puutteelliset järjestelmät. Siinä missä ammattilaisen eettinen velvollisuus on tunnistaa virheensä ja ottaa niistä opiksi, on johtajan velvollisuus rakentaa organisaatio ja toimintakulttuuri, jossa on mahdollisimman vaikea tehdä virheitä ja joka mahdollistaa virheitä ja läheltä piti -tilanteista oppimisen sekä kannustaa niistä raportointiin.

Terveydenhuollon palvelujen tarjonta luo kysyntää, eikä kaikki kysyntä perustu tarpeeseen. Esimerkiksi markkinoinnilla voidaan saada ihmiset haluamaan palveluita, jotka eivät tuota heille terveyttä, vaan voivat jopa olla heille vaarallisia. Yksittäisen lääkärin velvollisuus on arvioida hoitojen ja tutkimusten mahdollinen hyöty ja mahdolliset haitat potilaalle. Vastavasti terveydenhuollon johtajan pitää arvioida, minkälaisille terveystarpeille on todellista tarvetta ja milloin taas ihmisten hyvinvointia ja oman elämänsä hallintaa voidaan paremmin edistää muilla toimilla. Sekä yli- että alihoitoa ja turhaa medikalisaatiota on vältettävä niin yksittäisen potilaan hoidossa kuin väestönkin hoidossa. (Ks. **Medikalisaatio, Konsumerismi**)

Ihmisen itsemääräämisoikeus on yhteiskunnallisena arvona korostunut. Tämä lisää myös vaatimuksia terveystarpeiden toteuttamiseen asiakas- tai kuluttajälähtöisyydestä. Potilaslähtöisen terveydenhuollon päämääriä ei määrittele vain terveyshyöty tai vaikuttavuus, vaikka ne ovatkin välttämättömiä. Tärkeää on palvelujen laatu (joka suoraan liittyy ammattilaisten osaamiseen), potilasturvallisuus ennen kaikkea prosessin toimivuuden mittarina, palvelujen saatavuus, ja lopulta kohtaaminen, eli vuorovaikutuksen laatu. Parhaimmillaan asiakaslähtöisyys korostaa potilaan omien arvojen kunnioitusta ja omaa vastuunottoa. Järjestelmätasolla potilaslähtöisyyden pitäisi edistää parhaiden organisaatioiden ja palvelumuotojen sekä osaavimpien ammattilaisten menestystä. Kuluttajälähtöisyyden keskeinen riski on terveyshyötyä tuottamattomien, toimintakykyä lisäämättömien palvelujen kysynnän kasvu. (Ks. **Medikalisaatio, Konsumerismi**) Tämän trendin rajoittaminen itsemääräämistä korostavassa, mutta resurssiltaan rajallisessa toimintaympäristössä on koko hyvinvointivaltion ja terveydenhuollon iso haaste.

JOHTAJA, RAHA JA AMMATTIETIIKKA

Terveydenhuollossa korostetaan nykyisin euroja, tuottavuutta ja kustannusten kasvun hillitsemistä. ”Uuden julkisjohtamisen” ajattelutapa on myös tuonut terveydenhuoltoon yritysmaailmasta ja teollisuudesta tuttuja johtamiskeinoja ja markkinamekanismeja, joilla toimintaa pyritään tehostamaan. Markkinamekanismeja rakennetaan muun muassa eriyttämällä tilaaja ja tuottaja sekä kilpailuttamalla. Tilaaja arvioi väestön tarpeet ja hankkii palvelut mahdollisimman ”kokonaisedullisesti”. Vastaavasti palvelun tuottaja järjestää palvelunsa parhaaksi katsomallaan tavalla ja saa lisäksi taloudellisen kannusteen parantaa tehokkuutta. Vakuutus-pohjaisessa järjestelmässä tilaajana on julkisen vallan (esimerkiksi kunta) sijaan vakuutusyhtiö, joka säätelee toiminnan laatua ja sisältöjä omilla määräyksillään. Yksilövakuutuksenottaja päättää, minkä vakuutuksen ja miltä yhtiöltä ottaa.

Etiikan kannalta ydinkysymys on, miten hyvin tilaaja – siis tilaajan johtaja – osaa tilata ja sitten valvoa, että potilaat todella saavat riittävän hyvät palvelut niin julkiselta kuin yksityiseltäkin tuottajalta. Tilaajan pitää sopimusteknisesti varmistaa palvelujen laatu ja potilasturvallisuus, toimivuus ja kokonaiskustannukset. Tämä on vaikeaa ennen kaikkea siksi, että vaikutavuuden mittaaminen on vaikeaa.

Terveyspalveluissa pitää tuottaa lisäarvoa (value based healthcare). Johtajan ja koko järjestelmän tavoitteet ovat siksi toiminnan vaikuttavuus, taloudellisuus, potilaiden asiakastyytyväisyys sekä ammattilaisten työhyvinvointi (nelimaali). Johdon tehtävänä on luoda edellytykset näiden toteuttamiselle ja huolehtia, että tavoitteisiin edetään eettisesti kestävästi.

Nelimaaliajattelua noudattaen taloutta voidaan seurata määrällisesti ja sekä potilaan että työntekijöiden tyytyväisyyttä voidaan mitata. Lääkärijohtajan pitää osata käyttää erilaisia tavoitteiden mukaisia mittareita ja tuntea esimerkiksi elämänlaadun mittaamisen vahvuuksia ja heikkouksia, sekä osallistua mittareiden kehittämiseen. Lääkärijohtajan ydinosuusalueisiin kuuluu myös viestintä palveluiden laatua edistävästä ja uhkaavista tekijöistä, käytössä oleviin mittareihin liittyvistä heikkouksista sekä vaikutusten aikajänteestä. Esimerkiksi useimmat terveyspoliittisten ja muiden päätösten vaikutukset terveyden edistämiseen näkyvät vasta vuosikymmenten kuluttua.

Koska tuloksia on vaikea mitata, on tärkeää järjestää sopimustekniset kannustimet niin, että ne kannustavat hyvään laatuun. Puhtaasti kapitaatiopohjaiset sopimukset ja palkkajärjestelmät kannustavat alihoitoon ja terveiden potilaiden valikointiin listoille, kun taas yksinomaan suoritepohjaiset kannustavat ylihoitoon. Johtajan on sekä yksityisellä että julkisella puolella kannustettava ja tuettava ammattilaisia tekemään työnsä potilaslähtöisesti.

Samalla pitää välttää kannustimia, jotka ohjaavat hoitamaan potilaita liikaa, liian vähän – tai huonosti. On ylipäättään epäselvää, kuinka hyvin varsinkaan taloudelliset kannustimet lisäävät professoammattissa toimivien – kuten lääkärin – sitoutumista tekemään työnsä mahdollisimman hyvin. Säästöjen painottaminen tärkeimpänä tavoitteena on ammattilaisten näkökulmasta eettisesti kestäväntöntä ja liittyy työpahoinvoinnin kokemuksiin.

Kannustimien merkitystä ja ongelmallisuutta terveydenhuollossa korostaa lääkärin ja potilaan tiedollinen epäsymmetria. Potilas ei aina kykene arvioimaan, minkälaista hoitoa hän tarvitsee. Potilas joutuu luottamaan siihen, että lääkäri ja terveydenhuollon organisaatio toimivat laadukkaasti ja hänen parhaakseen. Tämä luottamus on välttämätöntä sekä yksittäiselle hoitavalle lääkärille että koko professionille ja toimivalle terveydenhuoltojärjestelmälle. ■

Lisätietoja:

Kekomäki M. Etiikasta ekonomiaan ja takaisin. Duodecim 2020.

Lääkärin vastaanoton laatu. Suomen Lääkäriliiton suositus. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/muita->

ohjeita-ja-suosituksia/vastaanoton-laatu/

Modig N, Åhlström P. Tätä on Lean. Rheologica Publishing 2017.

Terveydenhuollon johtaminen. Suomen Lääkäriliiton suositus. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/muita-ohjeita-ja-suosituksia/terveydenhuollon-johtaminen/>

Vartiainen P, Ollila S, Raisio H, Lindell J. Johtajana kaaoksen reunalla: kuinka selviytyä pirullisista ongelmista? Gaudeamus 2013.

WMA Declaration on Guidelines for Continuous Quality Improvement in Healthcare (1996) 2019. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-guidelines-for-continuous-quality-improvement-in-health-care/>

Medikalisaatio

Medikalisaatio tarkoittaa lääketieteellistymistä, yhteiskunnallista ilmiötä, jossa uusia ja aikaisemmin lääketieteeseen liittymättömiä asioita aletaan määrittellä lääketieteellisesti ja niistä puhutaan terveyteen ja sairauteen liittyvillä käsitteillä.

Medikalisaatiolla on sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. Tieteellinen tieto erilaisten hoitojen vaikuttavuudesta yhdistettynä lääkärin ammattitaitoon on paras keino erottaa medikalisaation myönteiset vaikutukset kielteisistä ja välttää medikalisaation riskejä.

Medikalisaatio ilmenee yhteiskunnassa monella eri tavalla. Se on helppo havaita, kun kohteena on jokin aivan uusi lääketieteellistetty asia. Jos kielenkäyttö ja suhtautumistapa on jo muuttunut lääketieteen mukaiseksi, medikalisaatio ei ole enää helpposti tunnistettavissa. Tällöin tuntuu jo luontevalta käsitellä asiaa lääketieteellisenä kysymyksenä.

Medikalisaation negatiivisia ilmiöitä terveydenhuollossa ovat ylitutkiminen, ylihoito ja yli diagnostiikka. Ylitutkimisella tarkoitetaan lääketieteellisiä testejä, seulontoja, tarkastuksia ja seurantoja, joista ei voida kohtuullisella todennäköisyydellä odottaa koituvan potilaalle terveyshyötyä. Ylidiagnostiikalla tarkoitetaan sellaisen sairauden tai sen riskin tunnistamista, josta potilaalle ei olisi aiheutunut haittaa tai oireita. Ylihoidettaessa potilasta hoidetaan liiallisesti tai tarpeettomasti. Tällöin annetaan hoitoa, josta potilas ei hyödy tai jonka haitat ylittävät hyödyt.

Medikalisaatioon liittyviä ilmiöitä ovat myös sairausriskien muuttuminen sairauksiksi ja sairauksien kriteerien laveneminen, kalliiden hoitojen käyttäminen vakavissa sairauksissa viimeisenä oljenkortena ilman lääketieteellisiä perusteita sekä normaalien ikääntymiseen liittyvien muutosten ylikorostaminen.

MIKSI ON MEDIKALISAATIOTA?

Yksi syy medikalisaatioon on lääketieteen nopea kehitys. On tullut mahdolliseksi hoitaa ilmiöitä, joihin lääketiede ei ole aikaisemmin kyennyt vaikuttamaan. Lisäksi lääketieteen tutkimusasetelmat saattavat johtaa uusien hoitojen arkivaikutusten yliarviointiin. Medikalisaatio

tioon liittyy usein myös perusteetonta markkinointia ja katteettomia lupauksia. Tämä kehitys on tuonut lääketieteelle lisää yhteiskunnallista painoarvoa ja rahaa, mutta epärealististen odotusten ja kasvavien kustannusten vuoksi myös ongelmia.

Medikalisaation taustalla on myös alidiagnostiikan ja alihoidon pelko. Negatiivisten seuraamusten pelossa potilaita ylitutkitaan ja ylihoitetaan. Lääkäri voi pelätä oikeudellisten prosessien lisäksi esimerkiksi potilaiden valituksia, johdon kritiikkiä ja omaa epäonnistumista. Jälkimmäiset lienevät Suomessa merkittävämpiä, sillä oikeudelliset prosessit ovat potilasvaikutuksen vuoksi harvinaisia. Epävarmuuden sieto on lääkärille tärkeä taito ylitutkimisen ja ylihoitamisen välttämiseksi.

Suomen nykyisessä sosiaaliturvajärjestelmässä on elementtejä, jotka omalta osaltaan tukevat medikalisaatiota. Monissa etuuksissa on olennaista etuuden saajan määrittely sairaaksi. Tämä luo potilaalle tarpeen saada tietty diagnoosi, vaikka se ei olisi potilaan ongelman hoitamisen kannalta olennaista, tarpeellista tai lääketieteellisesti perusteltua.

Medikalisaatiolle on myös kysyntää. Samaan aikaan lääketieteen uusien mahdollisuuksien kanssa ovat kasvaneet ja vahvistuneet myös yhteiskunnallinen vauraus ja maallistunut individualismi, jotka lisäävät terveyspalveluiden kysyntää. Lisääntyvä terveysjournalismi voi osaltaan muokata kansalaisten ajatusmaailmaa ja tuoda heidän tietoonsa asioita, jotka lisäävät medikalisaatiota. Lääkärin vastaanotolla tämä saattaa näyttäytyä potilaiden liiallisina odotuksina sekä tarpeettomien tutkimusten ja hoitojen vaatimisena. Tällaisissa tilanteissa korostuvat lääkärin vuorovaikutustaidot ja taito päättää tarkoituksenmukaisista hoitolinjoista yhdessä potilaan kanssa.

Ääritapauksissa odotukset lääketieteen mahdollisuuksista ovat kuitenkin epärealistisia, ja terveys saa kvasiuskonnollisen aseman hyvän elämän synonyyminä. Lääketieteeltä haetaan ratkaisuja kaikkiin elämän pulmiin. Terveystieteiden avulla voidaan nähdä paitsi ihmisten parantamisena, myös ”kollektiivisen ahdistuksen” tai yhteiskunnallisten ongelmien hallintakeinona. Tällainen näkökulma selittää myös paramedikalisaatiota, joka on medikalisaatiota vastaava mutta lääketieteen ulkopuolisiin hoitoihin kohdistuva ilmiö. Apua haetaan aivan yhtä kriittikittävästi homeopatiasta tai ihmedieeteistä kuin lääkärin vastaanotolta. Sekä medikalisaatio että paramedikalisaatio korostavat terveyden merkitystä yhteiskunnassa.

MITEN SUHTAUTUA MEDIKALISAATIOON?

Tavallisesti medikalisaatio ymmärretään kielteiseksi asiaksi. Se on kuitenkin paremmin ymmärrettävissä arvoneutraalina yhteiskunnallisena ilmiönä, joka ei sinänsä ole hyvä tai paha. Monessa asiassa medikalisoitumisen vaikutukset ovat olleet myönteisiä. Synnytykskomplikaatiot ovat vähentyneet, tutkimus- ja hoitomenetelmät ovat kehittyneet, psykiatriisiin sairauksiin liittyvä stigma on lieventynyt ja kansanterveys on parantunut ravitsemustottomusten ansiosta. Medikalisaation kielteisiä seurauksia ovat sen sijaan sairauksien keksiminen markkinointimielessä, ihmisten turha huolestuminen terveydestään, tutkimusten ja hoitojen maksimointi sekä lääketieteellisen lähestymistavan ja termien soveltaminen yhteiskunnallisten ongelmien ratkomiseen.

Medikalisaation edistämiseen liittyy suuria kaupallisia intressejä. Koska medikalisaatiolle on lisäksi paljon kysyntää, sitä tulee yleensä pyrkiä hillitsemään. Medikalisaatio voi lisätä terveydenhuollon kustannuksia ilman terveyshyötyjä. Nämä resurssit ovat pois jostakin hyödyllisemmästä toiminnasta. Ylihoito siis osaltaan johtaa myös alihoitoon. Tämä haaste korostuu entisestään, kun tarpeet kasvavat terveydenhuollossa nopeammin kuin resurssit. Lisäksi medikalisaatio altistaa ihmiset hoitojen riskeille ja voi aiheuttaa ahdistuneisuutta ja ylivaro-

vaista, riskejä välttävää käyttäytymistä. Potilaiden kyky ottaa itse vastuuta itsestään ja hoitaa vaivojaan voi heikentyä.

Lääkätiede ei saa johtaa ihmisiä tai yhteiskuntaa harhaan, eivätkä lääkärit voi antaa katteetomia lupauksia lääketieteen mahdollisuuksista. Ihmisten hädänalaisen tilan hyödyntäminen ei ole sopivaa. Lääkärikunta on sitoutunut tieteellisen lääketieteen käytäntöihin. (Ks. **Lääkärinvala, Tieteellinen näyttö ja hoitopäätökset**) Suomen Lääkäriliiton markkinointiohjeet, jotka koskevat lääkäreitä ja hammaslääkäreitä, edellyttävät markkinoinnin olevan totuudenmukaista, asiallista, luotettavaa ja hyvän tavan mukaista eikä sairaudella tai oireen vakavuudella pelottelevaa. Puolueeton, tieteellinen tieto erilaisten hoitojen vaikuttavuudesta yhdistettynä lääkärin ammattitaitoon on paras keino erottaa medikalisaation myönteiset vaikutukset kielteisistä. Jokaisen lääkärin tulisi työssään huomioida medikalisaation haasteet.

Keskustelunherättäjä

**Esimerkkejä medikalisaatioksi tulkittavissa olevista ilmiöistä.
Mitkä ovat myönteisiä ja mitkä kielteisiä muutoksia?**

Jokaiselta ihmiseltä voi löytyä jokin riskitekijä, joka voi aiheuttaa sairautta ja pitäisi hoitaa.

Kouluvaikeuksista kärsivä voidaan luokitella tarkkaavaisuus- tai käytöshäiriötä potevaksi.

Aiemmin paha tai rikollinen ihminen voidaan luokitella asosiaalisesta tai narsistisesta persoonallisuushäiriöstä kärsiväksi.

Erilaisista ympäristöyliherkkyyksistä käydään kiivasta keskustelua.

Tarttuva sairaus, johon on kuollut muutama ihminen, aiheuttaa maailmanlaajuisen paniikin.

Terveyttä käsitellään julkisuudessa runsaasti. Julkisuuden henkilöt puhuvat avoimesti sairauksistaan terveystieteissä ja tv-ohjelmissa.

Lääkätieteellisiä termejä sovelletaan esimerkiksi puhumalla sairaista taloista, ”Turun taudista” jne.

Vanhenemiseen suhtaudutaan kuin sairauteen. Rypyt poistetaan kirurgisesti tai botuliinitoksiinilla, tai vanhenemista ”hoidetaan” antioksidanteilla.

Yksilön omatoiminen kehon toiminnan mittaaminen ja elintapojen säätely teknisten laitteiden ja sovellusten avulla lisääntyy. Tällä tavoitellaan terveysriskien hallintaa ja toimintakyvyn parantamista. ■

Lisätietoja:

Lääkäreitä ja lääkärinpalveluja koskevat markkinointiohjeet. Suomen Lääkäriliitto 2016. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/laakareita-ja-laakarinpalveluita-koskevat-markkinointiohjeet/>
Lääkäriliiton medikalisaatiotyöryhmän loppuraportti 2019

<https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/tutkimus/raportit/>
WMA: Statement on medical liability reform
<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-liability-reform/>
CPME: Position Paper on Defensive Medicine
<https://www.cpme.eu/cpme-position-paper-on-defensive-medicine/>
Wonca Europe: Position Paper on Overdiagnosis And Action to Be Taken
<https://www.woncaeurope.org/content/overdiagnosis-and-action-to-be-taken---position-paper-2018>
Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 19/2003. Teema: Medikalisaatio, s. 1855–905.

Konsumerismi

Konsumerismi eli kuluttajälähtöisyys korostaa kansalaisen itsemääräämisoikeutta, valinnanvapautta, terveydenhuollon läpinäkyvyyttä ja potilaan vapaata tiedonsaantia. Tavoitteet ovat kannatettavia. Konsumerismi voi parantaa terveydenhuollon laatua.

Liian pitkälle viety konsumerismi voi kuitenkin pahentaa epätasa-arvoa ja lisätä tieteellisen näytön vastaisten mutta hyvin markkinoitujen menetelmien kysyntää.

Konsumerismi voidaan suomentaa kuluttajälähtöisyydeksi. Kansantaloudessa se tarkoittaa kansalaisten kuluttajakäyttäytymisen keskeistä kansantaloudellista roolia. Kuluttajana kansalainen tuo yhteiskuntaan rahaa samalla, kun hänen valintansa ohjaavat tarjontaa siten, että palvelun tai hyödykkeen laadun oletetaan parantuvan ja kustannusten pienenevän.

Terveydenhuollossa konsumerismi tarkoittaa ajatussuuntaa, jonka mukaan kansalainen terveyspalveluita hankkiessaan toimii samoin kuin mitä tahansa palvelua tai hyödykettä hankkiessaan, eli pyrkii saamaan parhaiten itselleen sopivan palvelun mahdollisimman laadukkaana ja pienin kustannuksin.

Käytännössä konsumerismi korostaa terveydenhuollossa kansalaisen itsemääräämisoikeutta, valinnanvapautta, terveydenhuollon läpinäkyvyyttä ja vapaata tiedonsaantia sekä vähentää lääketieteen ammattikuntien auktoriteettiasemaa. Tavoitteet ovat kannatettavia. Ajatussuunta on vaikuttanut suomalaisen terveydenhuollon kehitykseen kansalaisen omia mahdollisuuksia lisäten.

Pitkälle viedyssä konsumeristisessä suuntauksessa on myös riskejä: terveyden epätasa-arvo ja näyttöön perustumattomien, mutta hyvin markkinoitujen menetelmien kysyntä kasvavat. Markkinointi ja mainonta lisäävät terveystarpeita. Terveys mielletään kauppatavarana ja kulutushyödykkeenä.

KONSUMERISMIN HYVIÄ PUOLIA

Konsumerismi korostaa kansalaisen asemaa ja valinnanvapautta. Kuvaavaa suuntaukselle on potilas-sanankäyttöön kohdistunut kritiikki ja halu korvata se sanalla asiakas tai kuluttaja.

Konsumerismia perustellaan esittämällä, että konsumerismi

- parantaa kansalaisen itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta
- lisää terveydenhuollon läpinäkyvyyttä
- vähentää kansalaisten alisteista asemaa terveystalveissa
- vähentää lääketieteen edustajien auktoriteettiasemaa
- parantaa hoitojen tuloksellisuutta lisäämällä kansalaisen sitoutumista
- parantaa terveystalvejen laatua kilpailuttamisen ansiosta
- vähentää terveydenhuollon kustannuksia.

Kansalaisen oikeuksien korostuminen terveydenhuollossa on kannatettava tavoite, johon Suomessakin lainsäädännössä pyritään. Konsumeristisia tavoitteita ovat potilaan vapaus valita oma hoitopaikkansa ja hoitava lääkäriensä sekä pääsy omiin terveystietoihinsa.

KONSUMERISMIN RISKEJÄ

Konsumeristisen suuntauksen mahdollisuus vähentää terveydenhuollon kustannuksia on kyseenalaistettu. Esimerkiksi Yhdysvalloissa konsumerismin voi olettaa osaltaan kasvattaneen markkinointi-, hallinto- ja vastuuvakuutuskustannuksia, defensiivistä lääketiedettä (tutkimuksia ja hoitoja, joita tehdään lääkärin oikeudellisen taustan varmistamiseksi) sekä lääketieteellisesti tarpeettomien tai marginaalisesti hyödyllisten palvelujen käyttöä.

Konsumerismin mahdolliset eettiset ongelmat riippuvat siitä, missä muodossa ja miten pitkälle konsumeristinen ajattelu halutaan ulottaa. Riskit ja mahdollisuudet liittyvät paljolti terveydenhuollon muuttumiseen kaupalliseksi toiminnaksi. (Ks. [Yksityinen ja julkinen terveydenhuolto](#))

- Pitkälle viety konsumerismi edellyttää terveydenhuollon kaupallisuutta, mikä voi lisätä kysyntää markkinoinnin yms. kautta.
- Asiakkuuden käsite hämärtyy, kun pääasiallinen maksaja on yhteiskunta. Valinnanvapaus ja ulkopuolinen maksaja yhdistelmänä muodostavat moraalisen vaaran sekä tuottajalle että kansalaiselle.
- Valinnanvapaus voi mahdollistaa järjestelmän manipuloinnin muun muassa hoitopaikkoja kiertelemällä, ilman terveystalveja.
- Konsumerismi saattaa suosia hyvin mainostettuja tai näyttäviä tutkimuksia ja hoitoja tieteellisesti todetun vaikuttavuuden kustannuksella.
- Konsumerismi saattaa syrjiä kaupalliselta arvoltaan vähäisiä menetelmiä, kuten terveyden edistämistä tai halpoja hoitoja, tai köyhiä väestöryhmiä.
- Epätasa-arvo terveydenhuollossa saattaa lisääntyä, koska vain osa kansalaisista kykenee valistuneisiin valintoihin. Terveimmät ja varakkaimmat voivat käyttää eniten palveluita.

VALINNANVAPAAUS JA SEN RAJAT

Konsumeristinen ajattelutapa perustuu siihen, että asiakkaalla on oikeus äänestää omalla lompakollaan. Riskinä on, että kansalainen ajattelee hänellä olevan sellaisia oikeuksia, joita terveydenhuollossa tai julkisilla rahoilla toimittaessa ei voi olla, tai että hän esittää vaatimuksia, jotka ovat lääkärin ammattietiikan vastaisia.

Terveyspalveluissa on muistettava, että enemmän ei ole välttämättä parempi. Laajalla diagnostiikalla aiheutetaan tarpeettomia ja kalliita ja jopa haitallisia jatkotutkimuksia ja toimenpiteitä. Lääkityksillä ja invasiivisilla toimenpiteillä on myös riskinsä ja haittavaikutuksensa.

Potilastapaus

Potilaalla on selkä kipeä. Mitään kuvausindikaatioita ei ole, mutta potilas haluaa ehdottomasti selvittää kivun syy. TT-kuvaus kelpaa, vaikka potilaalle selitetään säteilyn riskit selkeästi, mutta tavallinen röntgen ei riitä. Pitäisikö suostua? Pitäisikö julkisella sektorilla toimia eri tavoin kuin yksityisellä, missä julkinen rahoitusosuus on pienempi? Vai pitäisikö turhan säteilyn välttämiseksi ottaa (kustannuksiltaan kalliimpi?) MRI-kuva? Entä jos magneettikuvasta löytyy viattomia sivulöydöksiä, jotka eivät selitä potilaan oireita?

Kansalaisen valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus ovat positiivisia asioita. Suomen Lääkäriliitto on ollut aktiivisesti ajamassa potilaalle lisää oikeuksia osallistua omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Potilaalla pitää olla oikeus valita hoitopaikkansa, hoitava lääkäriensä ja tarvittaessa saada myös toisen lääkärin mielipide ongelmastaan. Potilaan oikeuksien lisäämiselle on Suomessa vielä paljon tilaa. Tämän toivotaan parantavan hoidon saatavuutta ja laatua.

Konsumerismin rajoittaminen terveydenhuollossa on eettisesti perusteltua oikeudenmukaisuuden ja tarpeettomien tutkimusten ja hoitojen välttämisen vuoksi. Potilaalla ei voi olla oikeutta vaatia lääketieteellisesti perusteettomia hoitoja, eikä niitä pidä potilaalle antaa, vaikka hän maksaisi ne kokonaan itse. Useimmissa tutkimuksissa ja hoidoissa on riskejä (muun muassa vääristä positiivisista löydöksistä seuraavat lisätutkimukset ja huoli), ja niihin käytetyt resurssit (muun muassa lääkärin työaika) ovat aina jostakin pois. ■

Lisätietoja:

Toiviainen H. 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimuksia 160. Stakes, Helsinki.

Toiviainen H. Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. *Duodecim* 2011;127(8):777–83.

Launis V. Onko lääketieteen eettinen ilmasto muuttunut? *Duodecim* 2012;218(19):1944–5.

Tekoälyn etiikka lääkärin työssä

Lääkärien mahdollisuus ja velvollisuus on hyödyntää uusi teknologia vastuullisesti ja täysimittaisesti potilaidensa hyväksi.

Tekoälyn käytössä lääkärin on toimittava lääkärin etiikan periaatteiden mukaisesti. Algoritmin antamaan tulokseen on aina suhtauduttava tietyllä varauksella.

Tekoälyllä (artificial intelligence AI, augmented intelligence) tarkoitetaan järjestelmän kykyä tulkita ulkoisia tietoja oikein, oppia tällaisista tiedoista ja käyttää opittuja asioita tiettyjen tavoitteiden ja tehtävien saavuttamisessa joustavan sopeutumisen kautta. Tekoäly vaikuttaa lääkärin työhön kahdella eri tavalla: mitä se tekee tänään, ja mitä se mahdollisesti kykenee tekemään huomenna. Ensin mainitussa on kysymys erilaisista kapean tekoälyn sovelluksista ja jälkimmäisessä mahdollisen yleisen tekoälyn tulemisesta. Nämä kaksi kehityslinjaa asettavat hyvin erityyppisiä eettisiä haasteita.

Kapea tekoäly kykenee suoriutumaan älykästä toimijaa muistuttavasti tietystä kapeasta tehtävästä. Aiemmin tekoälyä pyrittiin kehittämään laatimalla monimutkaisia tietokoneohjelmia, jolloin koko tekoälyn suoritus on ohjelman kirjoittajan hallinnassa. Sekä eettiset että juridiset kysymykset ovat suhteellisen yksinkertaisia. Ohjelman kirjoittajalla on vastuu siitä, että ohjelma toimii oikein, ja käyttäjällä vastuu, että hän käyttää ohjelmaa oikein. Nyt toimivat tekoälysovellukset ovat lähes kaikki koneoppimisen tulosta. Tämän ovat tehneet mahdolliseksi nykyisin saatavilla olevat valtavat datamäärät, kyky nopeaan informaation liikkeeseen sekä tietokoneiden laskentakyyvyt. Koneoppiminen on välttämätöntä, jos halutaan hyödyntää käytettävissä oleva data. Tämä tuo mukanaan uusia eettisiä näkökulmia myös lääkärin työhön. Lääkärien mahdollisuus ja velvollisuus on hyödyntää uusi teknologia vastuullisesti ja täysimittaisesti potilaidensa hyväksi.

KONEOPPIMISEN PERIAATE

Koneoppimisessa annetaan data ja vastaus, ja tuloksena on malli päästä vastaukseen, toisin kuin traditionaalisissa ohjelmoinnissa, jossa annetaan data ja laskentamalli ja tuloksena on vastaus. Tekoäly käyttää koneoppimisella kehitettyä ja optimoitua laskentakaavaa (algoritmi). Kyseessä on useimmiten laajasti käsittäen tunnistus tai ennustustehtävä: onko kuvassa kal-lonsisäinen verenvuoto vai ei, mihin riskiluokkaan henkilö kuuluu sairauden suhteen ja niin edelleen. Tekoälyä on käytetty esimerkiksi keskoslasten sepsisinfektion varhaisessa tunnistamisessa.

Koneoppiminen voi olla joko 1) ohjattua (supervised), jolloin koneelle opetusvaiheessa kerrotaan, onko se oikeassa, tai 2) ohjaamatonta (unsupervised), jolloin algoritmi laitetaan esimerkiksi jakamaan aineisto luokkiin. Viimeksi mainittua käytetään esimerkiksi hypoteesien luomiseen. Valtaosa nykyisin käytössä olevista tai kehitettävistä sovelluksista perustuu ohjattuun oppimiseen.

KONEOPPIMISEN KÄYTTÖTARKOITUKSET - LÄÄKÄRIN ETIIKKA JA VASTUU

Koneoppiminen perustuu induktiiviseen päättelyyn, jossa ei ole definitiivistä vastausta, vaan päätelmä vahvistuu lisääntyvien havaintojen myötä. Yhdellä tautia sairastavalla on tietty oireisto, ja seuraavalla ja sitä seuraavalla. Tämän oireiston havaitessaan kone alkaa ehdottaa kyseistä tautia. Käytännössä kapea tekoäly tekee kahta asiaa, se tunnistaa (usein luokkiin jakamalla) ja ennustaa. Induktio on keskeinen kapean tekoälyn eettisiä haasteita aiheuttava piirre, sillä kapean tekoälyn rakentama algoritmi käyttää suorituksissaan vain niitä piirteitä, joilla sitä on opetettu. Kun lääkäri arvioi tekoälyn antamaa tulosta, hänen pitäisi kyetä vastaamaan kysymyksen, onko potilaani kuvattavissa niillä piirteillä (syötteillä), joilla koneoppimismalli on rakennettu, ja onko näitä syötteitä käytetty oikein. Koneoppimismallien monimutkaisuu-den takia tämä voi olla hyvin vaikeaa.

Kun tekoälyä käytetään ihmisen lisänä esimerkiksi erilaisten sertifioitujen laitteiden ohjauksessa, aistien tukena tai luomaan virtuaalitodellisuutta kirurgin avuksi, tilanne on eettiseltä kannalta selkeä. Jos näillä teknologioilla voidaan parantaa potilaan hoitoa, niitä tulisi käyttää.

Kun tekoälyn tulosta käytetään päätöksenteossa, on keskeistä, mihin saatua tunnistetta tai ennustetta käytetään. Se voidaan joko vain 1) ilmoittaa, 2) sen perusteella voidaan tehdä toimenpide-ehdotus tai 3) kone voi suorittaa tuloksen pohjalta automaattisesti jonkin toimenpiteen. Eettiset ja vastuukysymykset liittyvät tekoälyn käyttöön tunnistuksessa, ennustamisessa ja päätöksenteossa.

1) Ilmoitustilanteessa tekoälyn antama ennuste toimii yhtenä lääkärin päätöksenteon apuvälineenä, ja lääkäri antaa sille ammattitaitonsa avulla tietyn painoarvon. Jos laite tekee yksiselitteistä aritmeettista laskutoimitusta monimutkaisempia laskutoimituksia tai loogista päättelyä, algoritmin antama hoitoehdotus on jo vaativampi tilanne. Voidaanko lääkäriä moittia, jos hän toimii algoritmin ehdotuksen vastaisesti, vai voidaanko häntä moittia, jos hän toimii sen mukaisesti, mikäli lopputulos on huono? Koska molemmat ajatuskulut ovat mahdollisia, tulisi lainsäädännön turvata näissä tilanteissa sekä lääkärin riittävä autonomia että oikeusturva. Tässä on huomioitava tekoälyn induktiivisuus, jonka takia lääkärin on aina suhtauduttava algoritmin antamaan tulokseen tietyllä varauksella. Käytännössä vastuu päätöksestä jää lääkärille.

2) Jos ohjelma laukaisee varoituksen esimerkiksi tietyn pistemäärän ylityessä, algoritmi on lääkinnällinen laite. Valmistajalla on vastuu siitä, että laite suorittaa laskutoimituksen oikein. Mikäli tarvitaan tiedon syöttöä, tiedot syöttävä henkilö vastaa tiedon oikein syöttämisestä. Tulkinta ja tiedon käyttäminen oikeassa yhteydessä on käyttäjän vastuulla. Lääkärin tulisi myös jollain tavoin ymmärtää, millä perusteilla tekoäly päätyi ehdotukseensa. Kun kone on oppiessaan käyttänyt usein erittäin suurta määrää erityyppisiä tietoja ja monimutkaisia laskentamenetelmiä, on näiden perusteiden hahmottaminen usein vaikeaa. Toisaalta tekoälyn hyödyntämättä jättäminen ei välttämättä ole eettistä. Haasteeseen ei ole yksinkertaista ratkaisua. Lääkäreillä on eettinen velvollisuus olla mukana tekoälyn käyttöä koskevassa keskustelussa, koska kehityksen tässä vaiheessa ei ole olemassa valmiita toimintamalleja.

3) Yleisessä eettisessä keskustelussa on nostettu ongelmana esiin vastuu tilanteessa, jossa tekoälyn avulla tehdään asioita suoraan tekoälyn tuottamasta tuloksesta ilman ihmisen harkintaa. Tilanne vertautuu viime kädessä muuhun teknologian käyttöön. Tilanteessa, jossa

algoritmi suorittaa automaattisesti toimenpiteen, lääkärin vastuu kohdistuu oikean algoritmin valintaan potilaalle ja luonnollisesti sen toiminnan valvontaan. Tässä lääkärin pitää voida tehdä ratkaisunsa puhtaasti hoidollisin perustein. Algoritmin toimivuus on sen valmistajan vastuulla. Samoin valmistaja vastaa siitä, että algoritmin toiminta ja siihen vaikuttavat muuttujat on kuvattu kattavasti ja avoimesti.

TEKOÄLYN PÄÄTÖSTEN HAASTEITA

Monimutkaisiin, suuria datamääriä käyttäviin algoritmeihin liittyvä päätösten perusteiden läpinäkyväisyys on ongelma. Tällöin valmistajalla on ideaalitulanteessa aina vastuu kuvata sekä ne muuttujat, joita mallille tarjottiin, että ne muuttujat, jotka lopulliseen malliin valikoituivat. Kun kyseessä ovat selkeästi numeroina tai loogisina luokkina määritettävät muuttujat, tämän kuvauksen voi tehdä. Koneoppimisessa käytetään kuitenkin paljon esimerkiksi kuvadataa. Tällöin voi olla vaikea hahmottaa koneen tuottaman luokituksen tai suosituksen kaikkia perusteita. Kenellä on eettinen vastuu, jos koneen ehdotus on väärellä tavalla diskriminoiva? Esimerkkinä todellisuudesta on rikoksen uusimisriskiä ennustava algoritmi, joka painotti ihonväriä. Lääkärin työssä algoritmien pohjaoletusten pitää olla tiedossa. Esimerkiksi aasialaiseen tai amerikkalaiseen potilasdataan perustuvat johtopäätökset eivät välttämättä ole sellaisenaan sovellettavissa suomalaisessa väestössä.

Eettisesti kyseenalaista on sisällyttää hoidollisen tekoälyn syötteeseen taloudellisia attribuutteja. Hoidollista päätöksen tekoa tukevat algoritmit on erotettava taloudellisia näkökohtia arvioivista algoritmeista.

Koneoppimisen prosessi voi olla myös syklinen. Kone oppii koko ajan lisää ja edelleen optimoi algoritmia. Lääkinnällisissä laitteissa ja hoidollisissa algoritmeissa pulma on, että jokaisen uuden optimoinnin jälkeen algoritmin turvallisuus ja tehokkuus pitäisi testata uudelleen. Tämän takia on laadittu ohjeet tietokoneohjelmista lääkinällisinä laitteina (software as a medical device). Käytännössä algoritmia käytetään sellaisena, miksi se on optimoitu. Uusi optimointi suoritetaan erillisinä päivityksinä.

KÄYTTÄYTYMISYLIJÄÄMÄN HYÖDYNTÄMINEN

Meistä kaikista syntyy digitaalisessa maailmassa suuret määrät dataa, jota kuvataan termillä käyttäytymisylijäämä (behavioral surplus). Kyseessä on siis data, jota on syntynyt yksilön verkkokäyttämisen sivutuotteena.

Tekoälyn käytännön etiikka kytkeytyy paljolti juuri käyttäytymisylijäämän hyödyntämiseen. Tekoälyä voi esimerkiksi hyödyntää laajasti väestön terveydentilan seurannassa. Mitä enemmän erilaista tietoa kykenemme yksilöstä keräämään (liikkuvuus, kulutustottumukset, sosiaalinen media, ja niin edelleen) sitä paremmin kykenemme arvioimaan hänen terveysriskiään. Näin voidaan toimia kuitenkin vain yksilön suostumuksella, koska EU:n tietosuoja-asetus asettaa tiukat rajat tiedonkeruulle ja tiukat yksilön tietosuojavaatimukset. Suostumuksen tulisi olla tarkkaan määritelty tiettyyn tilanteeseen ja käyttötarkoitukseen. Jos olemassa olevaa dataa yhdistelemällä on mahdollista havaita yksilöä koskeva terveysriski, jonka toteutuminen on asianmukaisella interventiolla estettävissä, voidaanko tämä analyysi tehdä ja yksilöä informoida tilanteesta? Kyllä, jos tällaiseen tiedon käyttöön on henkilön suostumus.

Digitaalinen maailma seurantakeinoineen on jo osoittanut, että ihmiset ovat erilaista hyötyä saadakseen myös valmiita luopumaan yksityisyydestään. Ei ole yksiselitteistä vastausta siihen, miten lääkärin tulee asemoitua tässä muutoksessa. Tärkeää on päivittää toimintamalleja tarpeen mukaan ja olla mukana keskustelussa. Yksilön valmius tietojensa jakamiseen ei aina perustu näiden tietojen kaikkinaisten käyttömahdollisuuksien ymmärtämiseen. Siinä missä jotkin tiedot yksittäiseltä ihmiseltä eivät kertoisi mitään syvällistä henkilön terveydentilasta, samat tiedot kerättynä miljoonilta ihmisiltä voivat tekoälyn avulla tuottaa merkittävää tietoa esimerkiksi tietyn yksilön terveydestä. Kysymyksessä ei ole tällöin terveystietojen toisiokäyttö, jota säädellään erillisellä lailla, vaan muiden kuin terveystietojen toissijainen käyttö terveyteen liittyvissä tarkoituksissa. Lääkärin eettinen velvollisuus on toimia potilaan ja yksilön parhaaksi myös, kun lääketieteellistä asiantuntijuutta kysytään lisääntyvässä määrin algoritmisen terveysteknologian tuotantoon.

Tekoäly avaa uusia mahdollisuuksia käyttäen kaikista meistä kertyvää dataa terveysriskien havaitsemiseen jo varhain, joten lääkärin tulisi käyttää näitä tietoja potilaan hyödyksi ja hänen yksityisyyden suojaansa kunnioittaen. Algoritmien kehittyessä niiden käyttäminen terveydentilaa koskevien ennusteiden luomiseen ei kuitenkaan vaadi lääketieteellistä asiantuntemusta. Voiko siis esimerkiksi työnantaja vaatia työnhakijasta sosiaaliseen mediaan kertyneitä tietoja itselleen tehdäkseen hakijasta luonne- tai riskianalyysin? Miten työterveyslääkärin tulisi suhtautua pyyntöön olla mukana tällaisessa työssä? Onko henkilö, josta lääkäri saa itselleen koneen tekemän riskiprofilin, potilas vai jotakin muuta? Kaikkiin asioihin ei ole vielä selviä vastauksia. Lääkäri on ensisijaisesti potilaan puolella ja luottamuksen säilyttäminen lääkärin ja potilaan välillä on olennaista myös tekoälyä hyödynnettäessä.

YLEISEN TEKOÄLYN MAHDOLLISUUS

Yleinen tekoäly kykenisi toimimaan ihmisaivojen tavoin useiden erityyppisten ongelmien ratkaisijana ja käyttämään aikaisempaa oppimaansa järkevästi uusissa tilanteissa ilman erillistä ohjelmointia. Asiantuntijoiden arviot siitä, milloin tällainen tekoäly olisi olemassa, vaihtelevat reilusta kymmenestä vuodesta ennusteeseen ei milloinkaan. Tämä johtuu osin siitä, että kukaan ei vielä tarkalleen tiedä, miten ihmisäly toimii. Niitä ohjeita ja koodeja, joita tällaiseen superälyyn tai siihen liittyvään juridiikkaan pitäisi liittää, on jo pohdittu.

Yleinen tekoäly on vielä teoreettinen käsite, mutta jo sen mahdollisuus synnyttää eettisiä kysymyksiä. Näistä lääkäriä koskettavat erityisesti asiat, jotka liittyvät lääkärinvalan elämän suojelua kosketteleviin osiin. Jos meillä olisi keskelläme jotakin tai jokin, joka olisi älylliseltä suorituskyvyltään meidän vertaisemme tai yläpuolellamme, pitäisikö tekoälylle antaa tällöin myös oikeuksia itsellisenä oliona? Arvotammeko ne älykkyyden, vaikeasti määriteltävän tietoisuuden vai jonkin muun perusteella? Näihin kysymyksiin ei ole yksiselitteistä vastausta. Ihminen ja muut eläinlajit muodostavat kokonaisuuden. Tämän takia pelkkä yleisen tekoälyn mahdollisuus on tuonut uusia ulottuvuuksia lääkärintyön eettiseen pohdintaan esimerkiksi eläinkokeiden suhteen.

Tekoäly antaa mahdollisuudet sekä laajentaa ymmärrystämme että supistaa sitä. Eettisyyden ratkaisee kykymme edistää ensin mainittua ja välttää jälkimmäistä. Tekoälyn käytössä lääkärin tulee aina toimia lääkärin etiikan periaatteiden mukaisesti. ■

Lisätietoja:

Domingos P. The Master algorithm. Basic Books, 2015.

Software as a medical device. <https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health/software-medical-device-samd>.

Zuboff S. The age of surveillance capitalism. www.profilebooks.com, 2019.

Boström N. Superintelligence. Oxford University Press, 2017.

Terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy

Väestön terveyteen vaikuttavat monet muutkin asiat ja yhteiskunnan muut sektorit kuin terveydenhuolto, joka on lääkäreiden perinteisintä työkenttää. Terveyttä edistämällä voidaan parantaa ihmisten arkea ja edellytyksiä huolehtia omasta terveydestään. Lääkäri ja hammaslääkäri voi osallistua terveyden edistämiseen sekä vastaanotollaan että yhteisössään. Terveydenhuollon toimenpiteistä erityisesti seulontatutkimukset ja rokotukset ovat tehokkaita tapoja ennaltaehkäistä sairauksia.



Terveyden edistäminen ja terveysneuvonta

Terveyden edistämisen tavoite on lisätä ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Terveyden edistäminen ja ylläpito luo hyvinvointia ja ehkäistessään sairauksia auttaa välttymään niiden aiheuttamilta kärsimyksiltä. Tämä on yhteiskunnallisesti edullisempaa kuin sairauden hoito. Siksi lääkärin ammatillinen velvoite on ottaa esille potilaan terveyttä haittaavat tai uhkaavat elintavat, kertoa riskeistä ja rohkaista potilasta terveyden kannalta myönteisiin ratkaisuihin.

Terveyden edistäminen perustuu yhteiskunnan ja lääkäriprofession arvoihin. Tavoitteena on lisätä ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä (Ottawa Charter 1986).

Terveyttä ja hyvinvointia edistetään monilla tavoin:

- 1) toimintatavoilla ja poliittisilla ratkaisuilla
- 2) suojelemalla ja kehittämällä elinympäristöä
- 3) tukemalla yhteisöllisyyttä ja osallistumista
- 4) lisäämällä ihmisten tietoa ja taitoja
- 5) kehittämällä palveluja terveyttä edistäviksi ja sairauksia ennaltaehkäiseviksi.

Terveys ja hyvinvointi ovat laajoja ja arvoväritteisiä käsitteitä, eivätkä ne määriy yksin luonnontieteellisin perustein. Yhteiskunnan arvoista riippuu, mihin yksilön vapauden ja vastuun raja vedetään. Väestön terveyteen vaikuttavat monet muutkin asiat ja yhteiskunnan sektorit kuin terveydenhuolto. Terveyttä määrittävät yksilölliset tekijät (ikä, perimä, kokemukset), sosiaaliset tekijät (tulot, yhteisöt), rakenteelliset tekijät (koulutus, työolot) ja kulttuuriset tekijät (yhteiskunta, asenteet). Lääkärit toimivat terveyden edistäjinä kaikilla yhteiskunnan tasoilla: terveysneuvonta kohtaa yksilöt, tutkimustiedon soveltaminen yhteisöt ja yhdenvertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta korostava eettinen arvopohja yhteiskunnallisen päätöksenteon.

TERVEYSNEUVONTA

Lääkäri voi vaikuttaa potilaan valintoihin vain rajallisesti. Silti lääkärin velvoite on neuvoa potilastaan tietojensa perusteella ja tukea häntä valitsemaan terveyttä edistäviä vaihtoehtoja. Terveysneuvonta edellyttää lääkäriltä ammatillisen osaamisen lisäksi myös vuorovaikutustaitoja, herkkyyttä tunnistaa potilaan tarpeet sekä potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Lääkärin ei pidä painostaa, saarnata eikä tyrkyttää tietoa väkisin, jos potilas ei halua ottaa sitä vastaan.

Terveysneuvonnan velvoitteita toiminnan eri tasoilla:

- Lääkäri joutuu ottamaan kantaa arvokysymyksiin pohtiessaan, milloin ja minkälaista terveysneuvontaa hänen potilaansa tarvitsee.
- Työyhteisössään lääkärin on tehtävä valintoja esimerkiksi päätettäessä ennaltaehkäisyyn ja hoidon resursseista.
- Lääkärillä on koulutuksensa ja asiantuntijatehtävänsä perusteella merkittävä rooli yhteiskunnallisessa päätöksenteossa.

NEUVONTA JA YKSILO

Neuvonta liittyy usein potilaan terveyttä uhkaaviin elintapoihin, kuten tupakointiin, päiheteisiin, epäterveelliseen ravintoon tai vähäiseen liikuntaan. Lääkärillä on ammatillinen velvoite ottaa elintavat puheeksi, kertoa potilaalle niiden aiheuttamista riskeistä ja pohtia hänen kanssaan mahdollisuuksia muuttaa elintapoja. Yhtenä työmenetelmänä voi käyttää motivoivaa haastattelua. Neuvonta on toteutettava siten, että keskipisteessä on potilas itse päättämässä arkeensa ja hyvinvointiinsa liittyvistä asioista. Potilaan omille näkemyksille pitää antaa tilaa, koska muuten vaikutukset terveyteen voivat jäädä marginaaliseksi. Potilaiden kyvyissä muuttaa elintapojaan on huomattavia eroja, ja myös lähiympäristö voi suhtautua muutoksiin kielteisesti. Tällöin kynnyks tehdä terveyttä edistäviä valintoja saattaa käydä potilaalle ylivoimaiseksi. Siksi on tärkeää, että tieto elintavan aiheuttamasta riskistä kerrotaan potilaalle selkeästi ja syylisämättä: ”Alkoholin käytön vähentäminen on välttämätöntä sairauden vaaran vähentämiseksi”, tai ”ylipainon vähentäminen ja liikunnan lisääminen ehkäisevät nivelvaivojen pahenemista”. Jos potilas haluaa muuttaa elintapojaan, hänelle on tarjottava tähän tukea. (Ks. [Omahoito, elintavat ja vastuu suunterveydestä](#))

Terveysneuvonta on haastavaa kiireisessä potilastyössä. Lääkärin pitää ymmärtää elintavat osana elämän kokonaisuutta ja rohkaista potilasta terveyden kannalta myönteisiin ratkaisuihin. Tavoite on lisätä ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä vaikuttaa omaan ja läheistensä

terveyteen. Lääkärin on muistettava, että ihminen itse vastaa tekemistään valinnoista, mutta sairastuminen ei läheskään aina riipu yksinomaan ihmisen omista valinnoista.

Potilastapaus

Kahdeksaluokkalainen tyttö haisee tupakalle kouluterveydenhuollon tarkastuksessa. Esi-tietolomakkeessa hän on ilmoittanut, ettei tupakoi, ja vastaa samoin kysyttäessä. Lääkäri kertoo kuitenkin tupakan haitoista murrosikäiselle tytölle ja antaa opaslehtisen nuorten tupakoinnista ja tupakkariippuvuudesta. Oliko terveystiedotus aiheellista?

Potilas tulee yleislääkärin vastaanotolle univaikeuksien takia. Keskustelussa käydään läpi unettomuuden taustalla mahdollisesti olevia tekijöitä, joita ovat vuorotyö, elämäntilanne tai päihteet. Alkoholien kulutusta mittaavassa Audit-testissä potilas saa 15 pistettä. Painoindeksi on noin 35 ja potilas tupakoi. Lääkäri kysyy, mitä potilas ajattelee alkoholien käytöstä, ja tämä kertoo koettaneensa helpottaa nukahtamista alkoholilla mutta huonolla menestyksellä. Lääkäri kuvaa lyhyesti, miten alkoholi vaikuttaa unen laatuun ja määrään, ja kertoo vähentämisen hyödyistä. Pitäisikö lääkärin puuttua myös potilaan tupakointiin ja ylipainoon?

NEUVONTA JA YHTEISÖ

Julkisen vallan on perustuslain (731/1999) mukaan edistettävä terveyttä. Tämän velvollisuuden on katsottu koskevan ehkäiseviä toimia ja yhteiskunnan kehittämistä terveyttä edistävään suuntaan yleisemminkin. Terveystieteiden laissa (1326/2010) velvoitetaan kuntia järjestämään terveysneuvontaa ja tekemään suunnitelman terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista.

Työyhteisöjen terveyden edistämiseksi korostuvat oikeudenmukaisuus, vastuullisuus ja arvostus. Työterveysneuvontalaki (1383/2001) antaa paljon mahdollisuuksia terveyden edistämiseen. Työterveysneuvontalain tavoitteena on ehkäistä tapaturmia ja työperäisiä sairauksia, lisätä työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä edistää työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä.

Lainsäädännöllä ja poliittisilla päätöksillä vaikutetaan ihmisten käyttäytymiseen ja elinympäristöön, ja niiden avulla voidaan ehkäistä haittoja ja edistää terveitä valintoja. Kampanjoiden ja tiedonvälityksen tavoitteena on vaikuttaa asenteisiin, käyttäytymiseen ja valintoihin. Esimerkiksi kaupunkisuunnittelulla voidaan lisätä ihmisten mahdollisuutta liikkua ilman autoa, alkoholilainsäädännöllä voidaan rajoittaa alkoholin myyntiä ja markkinointia, ja veropolitiikalla voidaan vaikuttaa epäterveellisten ravintoaineiden kulutukseen. Yhteiskunta päättää valinnoillaan, onko terveys tärkeämpi tavoite kuin alkoholi- ja tupakkatuotteiden saatavuus.

Terveystieteiden arviointi poliittisissa päätöksenteossa on lisääntynyt, ja tämä edellyttää lääkäreiltä aktiivisuutta asiantuntijoina. Viime kädessä on kuitenkin kulttuuriin, arvoihin ja aikaan sidottu arvovalinta, kuinka pitkälle ihmisten elämää on perusteltua rajoittaa ja ohjata terveyden edistämiseksi. (Ks. Medikalisaatio, Konsumerismi) ■

Lisätietoja:

WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

<https://thl.fi>
<https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/terveyden-edistaminen>
Terveyden edistämisen eettiset haasteet. ETENE-julkaisuja 19, 2008. <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+19+Terveyden+edistamisen+eettiset+haasteet.pdf/8b7f4fb9-71ef-4811-bc06-8d117222d049/ETENE-julkaisuja+19+Terveyden+edistamisen+eettiset+haasteet.pdf>

Seulontatutkimukset terveydenhuollossa

Seulonnan tavoitteena on löytää oireettomat henkilöt, joilla on suuri riski sairastua tai jotka jo sairastavat seulottavaa tautia. Seulonnan ja hoidon pitää parantaa taudin luonnollista ennustetta, ja seulonnalla löytyville potilaille pitää myös taata asiantunteva hoito. Seulontojen vaikuttavuutta ja mahdollisia haittoja on seurattava aktiivisesti.

Seulontaohjelma kohdistuu ennalta määritettyyn väestöryhmään ilman, että asianomaiset itse olisivat tutkimuksia pyytäneet. Seulontojen vapaaehtoisuutta on korostettava, sillä terveydenhuollon tarjoamiin seulontoihin osallistuminen voi tuntua velvoittavalta.

Selkeä tiedottaminen seulontaohjelman tavoitteista ja sisällöstä sekä tietoon perustuva suostumus ovat välttämättömiä. Yksilön päätös osallistua tai olla osallistumatta seulontaan ei saa johtaa eriarvoiseen hoitoon.

Geeniseulontojen tulokset voivat vaikuttaa paitsi seulottuun ihmiseen itseensä, myös lähisukulaisten terveyteen.

Seulonta eroaa oleellisesti tilanteesta, jossa potilas hakeutuu tutkimuksiin oireiden vuoksi. Potilaan pyynnöstä lääkäri tekee parhaansa syyn selvittämiseksi ja hoidon järjestämiseksi, mutta lääketieteellisen tietämyksen niukkuus voi estää tarkan diagnoosin tai parantavan hoidon löytymisen.

Seulontaohjelmassa asetelma on käännetty toisin päin: terveydenhuolto tarjoaa tietyille väestöryhmälle tutkimusta sairauden tai sen riskin paljastumiseksi ilman, että tutkimuksen kohderyhmä on kenties lainkaan asiasta huolissaan. Seulontaohjelman tarjoaminen tekee kohderyhmän tautiriskistä tietoiseksi, ja seulontaan liittyy aina väärin positiivisten tulosten esiintyminen. Tämän takia seulontaohjelmat aiheuttavat myös huolta. Kaikkien terveydenhuollon tarjoamien seulontaohjelmien perusedellytys on, että tarkka diagnoosi ja ennustetta parantava hoito järjestyvät viiveettä.

SEULONNAN PERIAATTEET

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 1968 seulontojen yleiset periaatteet. Tanskan lääkintöhallitus täydensi listaa ottamaan huomioon väestön entistä paremman terveystietoi-

suuden, laadunohjauksen ja seulontaorganisaation rakentamisen. Sosiaali- ja terveysministeriön seulontatyöryhmä yhdisti perinteiset ja uudet kriteerit loogisesti eteneväksi ja käsitteiltään yhteneväksi luetteloksi. Suomessa on vuodesta 2004 alkaen arvioitu käynnissä olevia ja uusia ehdotettuja seulontaohjelmia näiden kriteereiden avulla.

Seulonnan arviointikriteerit

WHO:n ja Tanskan eettisen neuvoston (D) alkuperäisten kriteerien numerot ovat suluissa. Näiden lisäksi voidaan asettaa lisäkriteereitä, jos ne katsotaan kohderyhmän tai taudin vuoksi tarpeellisiksi.

1. Seulottavan taudin merkitys on suuri sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. (WHO1)
2. Tauti voidaan havaita seulonnalla varhaisemmassa vaiheessa kuin se muuten ilmenee. (WHO4)
3. Taudin luonnollinen kulku tunnetaan hyvin. (WHO7)
4. Taudille on olemassa tarkoituksenmukaisen seulontamenetelmä (WHO5), jonka osalta tunnetaan
 - soveltuvuus seulontaan (D11a),
 - herkkyys ja spesifisyys (D11b)
 - seulontatuloksen ennustearvo eli väärin positiivisten ja negatiivisten testitulosten merkitys (D11c).
5. Väestö hyväksyy sekä seulontaan että taudin varmistamiseen käytetyn menetelmän. (WHO6)
6. Ennen seulonnan aloitusta on tehty arvio (D12)
 - seulonnan leimaavasta vaikutuksesta (D12b)
 - seulonnan psykologisesta ja eettisestä merkityksestä seulottavan kannalta (D12a)
 - väärän positiivisen ja väärän negatiivisen seulontalöydöksen merkityksestä.
7. Linjaukset siitä, keitä hoidetaan potilaina, ovat selkeät. (WHO8)
8. Tautiin on vaikuttava, hyväksytty hoito. (WHO2)
9. Taudin varmistamiseen tarvittavat tutkimukset ja hoitomahdollisuudet ovat saatavilla. (WHO3)
10. Seulonnan organisaatio on selvitetty yksityiskohtaisesti (D14), erityisesti
 - seulonnan kansallinen ja alueellinen taso (D14a),
 - laadunohjaus ja tulosten rekisteröinti (D14b,c),
 - seulontaesite ja väestölle tiedottaminen (D14e),
 - potilaiden kulku organisaatiossa (triage) (D14d),
 - henkilökunnan koulutus (D14f) ja
 - testituloksista tiedottaminen ja neuvonta (D14g).
11. Seulonnan aiheuttamat tutkimus- ja hoitokustannukset on kuvattu. (WHO9)
12. Seulonnan vaikuttavuus on arvioitu. (D13)
13. Seulonta on jatkuva. (WHO10)
14. Seulonnan kokonaiskustannukset ovat kohtuulliset muihin terveydenhuoltopalveluihin verrattuna. (WHO9)

Seulonnan tarve pitää arvioida kunkin maan oman tautikirjon ja voimavarojen perusteella. Muiden maiden seulontaohjelmia voidaan käyttää tukena, kun harkitaan uuden seulontaohjelman käynnistämistä. Menetelmää on opittava käyttämään ja normaaliuden raja-arvot on asetettava ennen valtakunnallisen seulontaohjelman aloittamista. Hyvä seulontaohjelma edellyttää, että sen jokainen porras toimii moitteettomasti: kohderyhmän tunnistaminen,

seulontatutkimuksen toteuttaminen, vastauksesta ilmoittaminen, diagnostisten jatkotutkimusten järjestyminen, hoitoon ohjaus ja koko organisaation laadunvalvonta.

Seulontoja koskeva asetus (339/2011) määrittää kansallisesti yhtenäisesti tarjottavat seulontaohjelmat: rintasyövän, kohdunkaulasyövän sekä sikiön rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien seulonnat. Asetukseen voidaan lisätä uusia kansallisia seulontaohjelmia, ja keskustelua on käyty etenkin paksu- ja peräsuolisyöpien seulonnoista, joita jo tehdään joissakin kunnissa. Terveydenhuollossa toteutetaan asetuksessa mainittujen seulontaohjelmien lisäksi myös muita kansallisesti ohjeistettuja seulontoja, jotka kohdistuvat erityisesti lapsiin, nuoriin ja raskaana oleviin. Myös näissä seulonnoissa on varmistettava riittävä tiedottaminen kohde-ryhmälle, jatkotutkimuksien ja hoidon järjestyminen viiveettä sekä kansalaisten tasavertaisuus. Esimerkiksi vastasyntyneiltä seulotaan useita harvinaisia aineenvaihduntatauteja, mutta yhtenäisten käytäntöjen toteutuminen koko maassa kestää aikansa.

Kansallisesti tarjottavissa seulontaohjelmissa on aina kyse arvoalinnasta: yksittäisen taudin tai tilan arvioimisesta niin tärkeäksi, että sen varhainen tunnistaminen on sekä väestön, seulottavien ihmisten, terveydenhuollon toimijoiden että terveydenhuollon päättäjien näkökulmasta terveydenhuollon resurssit huomioon ottaen tärkeä ja yhteinen tavoite.

HYÖDYT JA HAITAT TUNNETTAVA

Seulontaohjelmissa on kaksi vaihetta. Ensimmäinen testi on herkkä ja valikoi osan seulotuista jatkotutkimuksiin. Jatkotutkimus tehdään testillä, joka erottelee väärät ja oikeat positiiviset mahdollisimman luotettavasti. Molemmille testeille asetetaan seulontaraja, jonka ulkopuolelle osuva tulos todetaan poikkeavaksi eli positiiviseksi. Rajojen sisällä oleva löydös tulkitaan normaaliksi eli negatiiviseksi.

Seulontatutkimuksen herkkyyden kuvastaa, kuinka hyvin testi tunnistaa henkilöt, joilla on etsitty tauti. Hyvin herkkä testi, joka tunnistaa lähes kaikki taudit, antaa myös runsaasti väärää tautiepäilyä. Kun tavoitteena on tunnistaa mahdollisimman moni tautitapaus, epäillään tautia seulonnan ensimmäisessä vaiheessa myös monilla täysin terveillä henkilöillä (väärä positiivinen tulos).

Spesifisyys taas kertoo testin kyvystä tunnistaa henkilöt, joilla tautia ei ole. Spesifinen testi on usein ensi vaiheen herkkää testiä hankalampi toteuttaa, kalliimpi ja haittojen riskit voivat olla suuremmat, joten on perusteltua tehdä se vain osalle seulontaan kutsutuista.

Vapaaehtoisesti seulontaan osallistuva olettaa, että seulonta pystyy tunnistamaan etsityn taudin. Näin ei kuitenkaan aina tapahdu sekä seulontamenetelmän ominaisuuksien että inhimillisten ja teknisten virheiden vuoksi, ja saadaan väärä negatiivinen löydös. Sopivan tase-painon määrittäminen testin raja-arvon eli herkkyyden ja spesifisyyden valinnassa on arvovalinta, johon vaikuttavat varhaisen diagnoosin ja hoidon aloittamisesta koituvan hyödyn suuruus, jatkotutkimuksiin liittyvät riskit, tarvittavien resurssien määrä sekä väärin seulontatuloksiin liittyvät haitat.

Kaikki seulontaohjelmat eivät ole ongelmattomia, ja monissa on merkittäviä hoidollisia ja eettisiä pulmia. Esimerkiksi eturauhassyövän luonnollista kulkua ei tunneta riittävän hyvin, ja toisaalta hoitoon liittyy merkittäviä elämänlaatua heikentäviä haittoja. Luotettava arvio siitä, kuka hyötyisi varhaisesta tunnistamisesta ja hoidosta, puuttuu yhä. Seulonta ilmeisesti johtaisi ylidiaagnostiikkaan ja ylihoitoon. (Ks. [Medikalisaatio](#)) Aortan aneurysman seulonnassa erityinen ongelma on normaalin ja laajentuneen aortan läpimitan liukuva raja, joten osa seulottavista joutuu hoidettavien ja terveiden välimaastoon ja ohjataan edelleen seuran-

taan. Tämä voi olla psyykkisesti erittäin ahdistavaa. Toisaalta hoitoon liittyy kuolemanriski. Vastasyntyneiltä etsitään harvinaisia aineenvaihduntatauteja, vaikka kaikkiin seulottaviin tauteihin ei ole olemassa parantavaa hoitoa.

Yhä useammat seulontatutkimukset kohdistuvat vain vähän tunnettujen sairauksien toteamiseen. Tällaisia ovat muun muassa sikiöseulonnat (Ks. Alkio- ja sikiödiagnostiikka) ja resessiivisten tautien kantajaseulonnat. Tautien harvinaisuus lisää huolellisen informoinnin tarvetta seulaa tarjottaessa, jotta osallistumisesta voi tehdä tietoon perustuvan ratkaisun.

Geneettinen tietämys on kehittynyt vaiheeseen, jossa koko väestölle tai sen tietyille osille voitaisiin tarjota eräiden tautien kantajuuden tai tulevan sairastumisriskin selvittelyä geenitestein. Osa testeistä etsisi äitiyshuollossa pareja, joilla on sikiön sairauden riski. Heille voitaisiin tarjota jatkotutkimuksena sikiön geenitutkimusta ja sairauden löytyessä hoitokeinona raskauden keskeytystä. Tämä sinänsä eettisesti ongelmallinen asetelma seulonnassa hyväksyttiin vaihtoehtona, kun sikiön rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien seulonnasta käytiin laaja julkinen keskustelu. Osa geenitesteistä ennustaisi sairastumisriskiä tavallisissa, syntyävaltaan monitekijäisissä taudeissa. Niissä geenitestin antama arvio olisi varsin epätarkka eikä juuri muuttaisi hoitokeinojen valikoimaa tai ajoitusta. (Ks. Geenitestit)

VAPAAEHTOISUUS JA RIITTÄVÄ INFORMOINTI TURVATTAVA

Seulontaan osallistumisen on oltava jokaiselle kohderyhmään kuuluvalla mahdollista, mutta vapaaehtoista; tarjotaan mahdollisuus tietää, mutta säilytetään oikeus olla tietämättä. Tosin on epärealistista ajatella, että kaikki seulontaohjelmiin osallistuvat ymmärtävät seulontaprosessin eri vaiheet ja osaavat varautua yllättäviin vastauksiin tai päätöksentekoa edellyttäviin tilanteisiin. Seulontaan osallistuvan pitää saada asiallista tietoa seulontaprosessin joka vaiheessa, ja hänellä on oltava aito mahdollisuus kieltäytyä ohjelmassa tarjotuista jatkotoimista.

EETTISIÄ KYSYMYKSIÄ SEULONNOISTA

Mahdollisuudet erilaisten seulontojen laajamittaiseen tarjoamiseen herättävät monia eettisiä kysymyksiä. Koetaanko julkisen terveydenhuollon tai esimerkiksi työterveyshuollon tarjoamat seulonnat aidosti vapaaehtoisiksi? Vaarantaisiko uusien seulontojen laajamittainen tarjonta ihmisten oikeutta olla tietämättä – edellyttääkö kieltäytyminen erityistä kansalaisrohkeutta? Kuormittaisiko tieto taudeista ja sairastumisriskeistä elämää liiaksi? Muuttaako tautiriskiä ennustavan geenivirheen löytäminen henkilön ”sairaaksi” jo vuosia ennen tulevaa sairastumista? Voiko todettu tautiriski olla haitaksi vakuutusta tai työpaikkaa haettaessa? Miten varmistetaan seulonnassa kerätyn valtavan tietomäärän tietosuoja? Miten tieto kantajuudesta vaikuttaa perheen perustamiseen? Leimaavatko sikiöseulontaan perustuvat raskaudenkeskeytykset aiemmin syntyneet sairaat ja vammaiset ei-toivotuiksi henkilöiksi? Mistä saadaan uusiin seulontoihin tarvittavat varat? Pitäisikö kaikki seulontaohjelmat suunnitella valtakunnallisiksi, vai voisivatko paikalliset päättäjät jatkaa itsenäisiä ratkaisujaan?

Teknisiä menetelmiä uusien seulontojen toteuttamiseen kehitetään nopeammin kuin etsittävien tautien ennustetta parantavia hoitoja. Terveydenhuollossa joudutaan tekemään valintoja resurssien parhaasta käytöstä. Yksittäinen seulontaohjelma voi myös haastaa terveydenhuollon rakenteita ja vaatia merkittäviä uusia resursseja. Esimerkiksi vastasyntyneiden kuoloseulonta tehostui uusien laitteiden ansiosta, mutta kuulovammadiagnoosien varmis-

taminen edellytti toisen erikoisalan resurssien parantamista. Uusien seulojien suunnittelu ja tarjoaminen on haaste koko terveydenhuollolle, ja lääkärien pitäisi osallistua seuloista käytävään keskusteluun avoimin mielin.

Seulojia ei pidä käynnistää siksi, että ne ovat teknisesti mahdollisia, vaan päämääränä on aina oltava ihmisten terveyden ja elämänlaadun parantaminen. Uusia seulojia suunniteltaessa voi tuntua houkuttelevalta kehittää halpoja vaihtoehtoja: minimoida seulojien yksilöllistä kohtelua ja paketoita useita tauteja samaan seuloon. Seulonnan tarjoaminen on eettisesti hyväksyttävää vain, kun seuloaohjelman jokainen porras toimii mahdollisimman laadukkaasti ja tarjoaa myös riittävää ja yksilöllistä informaatiota osallistujille. ■

Lisätietoja:

Autti-Rämö I, Malila N, Mäkelä M, Leppo K. Lisääkö seuloja terveyttä? Suomen Lääkärilehti 2006;61:2997–3001.

Kääriäinen H. Geeniseulojien riskit ja haitat. Duodecim 2000;116:909–13.

Itä-Suomen geenitietäjä. Joulupuurossani on geeniviihteen manteli. DiagFactor OYn geeniblogi. <https://diagfactor.com/joulupuurossani-on-geeniviihteen-manteli/>.

Mäkelä M. Syöpäseulonnan hyödyt ja haitat selkokielelle. Suomen Lääkärilehti 2016;71:976–7.

Sauni R (toim.). Seulonnat Suomessa 2014. Terveydenhuollon seulojien nykytila ja tulevaisuuden näkymät.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:17. URN_ISBN_978-952-00-3534-1.pdf.

Wilson JMG, Junger G. The principles and practice of screening for disease. Public Health Papers, 34. World Health Organization, Geneva 1968. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PHP_34.pdf.

Rokotusten etiikka

Rokotusohjelmat ovat laajimpia ja kustannus-hyötysuhteella mitattuna tehokkaimpia terveydenhuollon työkaluja. Laajakantoisin esimerkki rokotusten hyödyistä koko yhteiskunnalle on isorokon poistaminen maailmasta.

Tartuntatautilain (1227/2016) mukaan kansallinen rokotusohjelma on yksilölle vapaaehtoinen. Valtioneuvosto voi erikseen päättää pakollisista rokotuksista sellaisen tartuntataudin leviämisen estämiseksi, joka voisi saada aikaan huomattavaa vahinkoa väestölle tai jollekin sen osalle. Pakollinen rokotus voidaan rajoittaa myös tiettyyn väestönosaan, ryhmään tai ikäluokkaan.

Tartuntatautilain 48 §:ssä säädetään työntekijän ja opiskelijan rokotussuojasta potilaiden suojaamiseksi. Sen mukaan työskentelyyn sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimintayksiköiden asiakas- ja potilastiloissa, joissa hoidetaan lääketieteellisesti arvioituna tartuntatautiin vakaville seuraamuksille alttiita asiakkaita tai potilaita, saa käyttää vain erityisestä syystä henkilöä, jolla on puutteellinen rokotussuoja. Työntekijällä ja työharjoitteluun osallistuvalla opiskelijalla on oltava joko rokotuksen tai sairastetun taudin antama suoja tuhkarokkoa ja vesirokkoa vastaan. Lisäksi edellytetään rokotuksen antama suoja influenssaa vastaan ja imeväisikäisiä hoitavilla hinkuyskää vastaan. Tämä säännös aiheutti paljon keskustelua ja vastustustakin. Se tuli siirtymäkauden jälkeen voimaan maaliskuussa 2018, jonka jälkeen erityisesti influenssarokotusten kattavuus on huomattavasti parantunut terveydenhuollon ammattilai-

silla. Säännöksen tiukka noudattaminen johti lukuisiin kanteluihin eduskunnan oikeusasiamiehelle. Ne ratkaistiin useimmiten kantelijan hyväksi.

Rokotusten menestys on valitettavasti kääntynyt myös niitä itseään vastaan. Useiden tautien aiheuttama sairastuvuus ja kuolleisuus ovat hävinneet yhteisestä muistista, ja rokotteiden – useimmiten varsin lievät – haittavaikutukset ovat nousseet keskustelun keskiöön. Rokotteilla on haittavaikutuksia, kuten millä tahansa lääkeaineilla, mutta haitat ovat hyväksyttävissä silloin, kun ne ovat merkittävästi pienempiä kuin rokotteella estettävän taudin vaarat. Jos hyöty–haittasuhde kääntyy negatiiviseksi, rokottamisesta pitää pystyä luopumaan. Näin tehtiin 2000-luvulla, kun tuberkuloosin torjunnassa siirryttiin yleisen rokotusohjelman BCG-rokotuksista riskiryhmien BCG-rokotuksiin.

Muista lääkevalmisteista poiketen rokote voi suojata myös rokottamattomia yksilöitä. Tällöin puhutaan laumaimmunitetista. Sitä ei saavuteta kaikilla rokotteilla (esimerkiksi jäykkäkouristusrokote). Taudin perusuusiutumisluvusta R0 ja rokotteen tehosta riippuu, kuinka suuri osa väestöstä on rokotettava laumaimmunitetin saavuttamiseksi. Jos laumaimmunitettia tavoitellaan väestön laajoilla rokotuksilla, syntyy uusi eettinen ongelma: onko puuttuva yksilön autonomia?

On selvää, mitä tapahtuisi, jos lopettaisimme rokotukset. Nykyinen rokotusohjelma estää Suomessa tuhansia kuolemia ja kymmeniätuhansia vakavia komplikaatioita vuodessa. Vaikeita lisätauteja patogeenista riippuen ovat muun muassa kuurous, hedelmättömyys, erilaiset neurologiset oireet sekä hengityshalvaukset. Rokotuskattavuuden heikkeneminen on vaarallista, sillä taudinaiheuttaja voi palata yhteisöön. Näin on käynyt esimerkiksi tuhkarokossa.

Rokotusohjelmamme tarkoitus on maksimoida rokotteiden hyödyt ennaltaehkäisemällä sairastuvuutta ja/tai kuolleisuutta kaikissa ikäryhmissä, minimoida rokotteisiin liittyvät haittavaikutukset ja olla loukkaamatta potilaan tai rokotuspäätöksen tekijän oikeutta päättää itse omista tai lapsensa rokotuksista. Kun kansalliseen rokotusohjelmaan hankitaan uutta rokotetta, otetaan aina huomioon tautitaakka (taudin vakavuus, riski sairastua), rokotteen antama suojateho, haittavaikutukset yksilö- ja väestötasolla sekä rokottamisen kustannusvaikuttavuus.

Potilastapaus

Sikainfluenssapandemian jälkeen havaittiin Suomessa ja eräissä muissa maissa käytössä olleen H1N1-rokotteiden ja narkolepsiataudin välillä yhteys, jollaista ei ollut kuvattu aikaisemmin. Rokotteiden tai lääkkeiden hyvin harvinaisia haittavaikutuksia ei voida havaita luotettavasti laajoissakaan teho- ja turvallisuustutkimuksissa, jotka edeltävät näiden valmisteiden rekisteröimistä käyttöön. Tämä korostaa hyötyjen ja haittojen tasapainoista arviointia tehtäessä rokotuspäätöksiä epidemian hallitsemiseksi sekä avointa ja kansalaiselle ymmärrettävää viestintää rokotusten hyödyistä ja haitoista. Riskin arviointi ja viestintä on erityisen haastavaa tilanteessa, jossa tietopohja viruksesta ja epidemiasta on vajavainen ja saattaa muuttua nopeasti, kuten pandemiouhan ilmaantuessa. Kokemukset sikainfluenssapandemiasta ovat kallisarvoisia uusia rokotteita kehitettäessä ja käyttöön otettaessa.

LASTEN ROKOTTAMINEN

Maissa, joissa rokotuskattavuus on hyvä, vaara sairastua rokotuksilla hävitettyyn tautiin on usein pieni ja vanhemmat voivat haluta jättää lapsensa rokottamatta. Kieltäytymisen taustalla

on usein ideologisia syitä. Rokotuksista täysin kieltäytyviä on kuitenkin hyvin vähän, noin yksi prosentti kaikista vanhemmista. Epäröinti on sen sijaan tavallisempaa; valtavassa tiedontulvassa vanhempien voi olla vaikeaa päättää, onko parempi rokottaa vai jättää rokottamatta.

Lapsen huoltajat voivat olla erimielisiä lapsen rokottamisesta. Oikeusasiamies on antamissaan ratkaisuisissa (4640/4/09 ja 5294/2/13) katsonut, että sikainfluenssarokotuksen tai HPV-rokotuksen antamisessa ei ollut kysymys sellaisesta rutiiniluontoisesta toimenpiteestä, johon riittäisi vain toisen huoltajan suostumus. Potilaslaita ei löydy ratkaisua tilanteeseen, jossa hoidostaan päättämään kykenemättömän lapsen huoltajien näkemykset lapsen hoidosta eroavat toisistaan. Oikeusasiamies on katsonut, että lainsäädäntöä tulisi tältä osin tämentää.

Rokottamatta jättämisellä lisätään paitsi lapsen omaa riskiä sairastua, myös epidemioiden riskiä tilanteessa, jossa väestön immuniteetti on laajemmin heikentynyt. Lasten sairauksien ehkäisy rokottamalla aiheuttaa myös eettisiä kysymyksiä: onko oikeutettua puuttua terveyseen elimistöön, joka muuten ei ehkä koskaan kohtaisi rokotuksella torjuttavaa taudinaiheuttajaa?

Riskinarvioiden perusteella rokotteiden hyödyt voittavat haitat ylivoimaisesti. Lääkäriin on mahdollisuuksien mukaan kannustettava vanhempia hyväksymään rokotukset. Lapsia ei pidä rokottaa vanhempien tahdon vastaisesti, paitsi jos päätöskykyinen lapsi itse tätä haluaa, kuten on tapahtunut esimerkiksi HPV-rokotuksissa.

ROKOTUKSET JA PROFESSION VASTUU

Terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuus on suojella ja auttaa potilasta. Yksi keino on henkilökunnan influenssarokotus, joka estää taudin leviämisen henkilökunnan kautta potilaisiin. Vaikka henkilökunnan rokottamisen potilaita suojaavasta tehosta on tieteellistä näyttöä, vapaaehtoiset rokotukset eivät aina ole toteutuneet optimaalisesti. Tartuntatautilain 48 § pyrkii korjaamaan tilannetta ja on siinä onnistunutkin: aiemmin henkilökunnan keskimäärin 40 prosentin influenssarokotuskattavuudesta on päästy yli 90 prosentin kattavuuteen erikoissairaanhoidossa. Lääkärien on näytettävä esimerkkiä rokotuskattavuuden puolesta ja suojattava potilaita rokottamalla itsensä.

Keskustelunherättäjä 1

Rokotusten Kela-korvaus ja tasa-arvo?

Suomen kansallisen rokotusohjelman tavoitteena on turvata koko väestölle yhdenmukainen mahdollisuus saada rokotuksen suoja sellaisia tartuntatauteja vastaan, joiden tautitaitaakka on huomattava, rokotuksen turvallisuus on hyvä ja rokotusohjelmalla saavutetaan riittävä kustannusvaikuttavuus. Rokotusten käytön lisäämiseksi on esitetty, että esimerkiksi rokotteille, jotka eivät kuulu neuvolaohjelmaan, säädettäisiin Kela-korvattavuus, kun rokote ostetaan omalla kustannuksella. Lisäisikö tämä tasa-arvoa, kun köyhempien mahdollisuus ostaa rokotteita paranisi? Vai vähentäisikö se tasa-arvoa, kun köyhimmillä ei silti olisi varaa rokotuksiin ja varakkaimmat ostaisivat eniten rokotteita?

Keskustelunherättäjä 2

HPV-rokotus pojille?

Maailman terveysjärjestö WHO on pyytänyt rikkaita maita pidättymään aloittamasta poikien HPV-rokotusohjelmaa, jotta HPV-rokotteita riittäisi köyhien maiden tyttöjen rokotusohjelman aloittamiseen ja siten naisten kohdunkaulan syövän estämiseen. Pitäisikö tällaisesta syystä perua 5–9.-luokkalaisten poikien HPV-rokotusohjelman aloittaminen Suomessa? ■

Lisätietoja:

Artama M, Nohynek H. Valtakunnalliset terveysrekisterit rokoteturvallisuuden arvioinnissa. 1–2/2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019041011766>

ETENE:n kannanotto: Kansalaisten rokote-epärointi: Kuinka vahvistaa rokotemyönteisyyttä? 2019.

Salo H, Kilpi T. Kansallinen rokotusohjelma - kansanterveyden ja talouden menestystarina; Duodecim 2017;133(10):977-83.

Sivelä J, Launis V, Jääskeläinen S, Puumalainen T, Nohynek H. Rokotuskriittiset. Suomen Lääkärilehti 2018;73:648–52.

Lääkäri ja professio

Lääkärien ammattikunta on tyypillisin ja perinteisin professio. Professiota yhdistää pitkään koulutukseen liittyvä, yhteiskunnallisesti tärkeä erikoisosaaminen sekä yhteinen arvopohja – lääkärin tapauksessa lääkärin etiikka. Sen keskeisiä osia ovat potilaan edun ensisijaistaminen, ammattitaidon ylläpito ja kollegiaalinen yhteistyö. Professionalismi voidaan nähdä myös kirjoittamattomana sopimuksena yhteiskunnan kanssa: professio sitoutuu eettisesti korkeatasoiseen toimintaan, ja yhteiskunta takaa profession autonomisen aseman. Tavoitteena on taata potilaiden hyvä hoito ja lääkärinä toimimisen mielekkyys. Kollegiaalisuus ei tarkoita kollegojen virheiden tai työkyvyttömyyden peittelyä.

Professionalismi vaatii kaikilta lääkäreiltä sen jatkuvaa ylläpitoa ja edistämistä. Vaikka professiojärjestelmä on palvellut yhteiskuntaa jo vuosituhansia, lääkärin professionalismia uhkaavat monet muutokset. Näitä ovat muun muassa lääkärin yksityisen ammatinharjoittajuuden korvautuminen työsuhteilla, lääkärin laajeneminen ja subspecialisoituminen, juridisen ja muun ulkoisen sääntelyn lisääntyminen sekä yksilöllisyyttä korostavat asennemuutokset. Suomen Lääkäriliitto pyrkii edistämään lääkärin professionaalista käytöstä, ja lääkärin toimintaa valvovat myös viranomaiset.

Tässä luvussa kuvataan lääkäriprofession teoriaa, haasteita sekä professionalismin käytännön sisältöä lääkärin työhön ja osin yksityiselämänsäkin kuuluvissa tilanteissa. Lisäksi käsitellään lääkärin työkykyisyyteen liittyviä erityishaasteita ja käytännön ratkaisukeinoja. Lääkärin toiminnan ja etiikan valvontaa kuvataan sekä profession itsensä tekemänä että viranomaistoimintana.



Professionalismi ja kollegiaalisuus

Profession eli ammattikunnan jäseniä sitovat yhteen ammatilliset erityistiedot ja -taidot sekä arvopohja. Professionalismin säilyminen on tärkeää potilaiden hyvän hoidon kannalta, ja se on tae siitä, että yhteiskunta saa laadukkaat ja eettisesti kestävät terveyspalvelut.

Kollegiaalisuus on oleellinen osa professionalismia. Se sisältää keskeisenä elementtinään ammattikunnan sisäisen kontrollin ja itsesäätelyn, ja sen ydin on toisen arvostaminen. Suomen Lääkäriliiton kollegiaalisuusohjeet edellyttävät lääkärin puuttuvan asiaan, jos hän havaitsee kollegansa syyllistyvän virheelliseen menettelyyn tai tämän työkyvyn heikentyneen.

Hammaslääkäreitä sitovat vastaavat ohjeet.

Professiot ovat kehittyneet vuosituhansien aikana muun muassa killoissa ja yliopistoissa ja muodostavat ammattikuntajärjestelmän ytimen. Profession jäseniä sitovat yhteen koulutukseen perustuvat ammatilliset erityistiedot ja -taidot sekä arvopohja. Nämä palvelevat sekä yksilöitä että yhteiskuntaa. Professionalismilla tarkoitetaan profession jäsenen noudattamia ammattieettisiä velvoitteita ja ammatinharjoittamiseen kuuluvia oikeuksia. Professionalismi voidaan nähdä profession ja yhteiskunnan välisenä kirjoittamattomana sopimuksena. (Ks. Etiikka ja professio)

LÄÄKÄRIPROFESSION OLEMUS

Lääkärit ovat perinteisesti sitoutuneet auttamaan yksittäistä potilasta parhaan kykynsä mukaisesti. Tämä on edelleen profession etiikan tärkein periaate.

Lääkäriprofession keskeiset tuntomerkit ovat:

- Korkea ammattitaito, sen ylläpitäminen ja kehittäminen.
- Altruismi eli oman edun asettaminen toissijaiseksi potilaan etuun nähden.
- Korkeiden eettisten ja moraalisten periaatteiden noudattaminen (muun muassa salassapitovelvollisuus).
- Humaanisten arvojen kunnioittaminen (muun muassa empatia, riippumattomuus, luotettavuus, auttamisen halu).
- Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteuttaminen (muun muassa tasa-arvon edistäminen ja syrjinnän estäminen).

Vastavuoroisesti lääkäriprofession on yhteiskunnan hyväksymät tai sille asettamat oikeudet:

- Oikeus taudinmääritykseen ja hoitoihin, ja siksi tarvittaessa oikeus puuttua potilaan fyysiseen ja psyykkiseen koskemattomuuteen.
- Oikeus ottaa potilas sairaalahoitoon ja kotiuttaa potilas sairaalasta.
- Ammattikunnan ja yksittäisten ammatinharjoittajien autonomian kunnioittaminen.
- Kohtuullinen palkkaus ja yhteiskunnallinen arvostus.

YHTEISKUNNAN MUUTOKSET LUOVAT PAINeita PROFESSIONALISMILLE

Perinteisen professionalismin jatkuvuus on uhattuna yhteiskunnan muutosten, lääketieteen kehittymisen ja profession sisäisten tapahtumien takia. Teknologian kehittyminen on luonut uusia hoitomahdollisuuksia, ja terveydenhuoltoon kohdistuvat taloudelliset paineet ovat kasvaneet. Ihmisillä on paljon tietoa saatavillaan ja joskus kohtuuttomia odotuksia lääketieteen mahdollisuuksista. (Ks. [Medikalisaatio](#), [Konsumerismi](#))

Lääkärin ja potilaan väliin on tullut klinistä autonomiaa ja potilas-lääkärisuhteen luottamuksellisuutta heikentäviä ulkopuolisia tekijöitä: säästöjä vaativia päätöksentekijöitä, luottamuksellisuutta murentavaa lainsäädäntöä (erilaiset ilmoitusvelvollisuudet ja -oikeudet) sekä eturyhmiä, jotka ajavat kaupallisia intressejä tai muita terveyden edistämisen ulkopuolisia asioita.

Ehkä tärkein muutos on lääkärin perinteisen ammatinharjoittajan roolin korvautuminen organisaatioiden palveluksessa olevan virkamiehen roolilla. Tällaisen virkamiehen toimintaa pyritään sääntelemään yhä yksityiskohtaisemmin, jolloin ammatillinen autonomia heikenee. (Ks. [Lääkärin työn oikeudellistuminen](#)) Näin on syntynyt lojaliteettiongelma: lääkäri joutuu pohtimaan, onko hän perinteiseen ammattietiikkaansa nojautuen lojaali yksittäisille potilailleen vai virkamiehen roolissaan lojaali organisaatiolle, valtiolle tai muulle hoidon kustannuksista vastaavalle taholle? Tämä on ongelmallisinta tilanteissa, joissa lääkäri on saman potilaan hoidon yhteydessä osin hoitava lääkäri ja osin riippumaton asiantuntija. Näitä rooleja on toisaalta pyritty pitämään erillään objektiivisuuden varmistamiseksi. (Ks. [Vakuutuslääketiede](#), [Vankien lääkäri](#)) Muutos nakertaa ammattikunnan yhtenäisyyttä. Samaan suuntaan vaikuttavat yhteiskunnan muutoksia myötäilevät kehityskulut profession sisällä, kuten

työsidonaisuuden väheneminen sekä yksilöllisyyden ja taloudellisten arvojen korostuminen ammatin kutsumusluonteen kustannuksella.

Professionalismi on keskeistä lääkärien tärkeimmän tehtävän – potilaan hoitamisen – kannalta. Se myös takaa, että yhteiskunta saa lääkäreiltä laadukkaat ja eettisesti kestävät terveyspalvelut. Profession säilyminen edellyttää, että jäsenet sitoutuvat yhteiseen näkemykseen sairauden diagnostiikasta ja hoidon toteutuksesta sekä lääkärin etiikan arvopohjasta. Professionalismia pitää vaalia ja kehittää ottaen huomioon ajassa tapahtuvat muutokset. Professionalismin käsitteiden ja merkityksen opettaminen ja arvojen välittäminen mallina olemisen kautta ovat lääketieteellisten tiedekuntien ja kollegiaalisen käytöksen tärkeä tehtävä.

KOLLEGIAALISUUS

Kollegiaalisuus tukee sekä lääkäriprofessiota että kliinistä autonomiaa. Sen keskeinen elementti on ammattikunnan sisäinen kontrolli ja itsesääntely. Kollegiaalisuutta on arvostettu antiikin ajoista saakka. Alkuperäisessä Hippokrateen valassa ammattitoverit rinnastetaan perheenjäseniin. Valan mukaan lääkärin tulee pitää opettajiaan vanhempiensa arvoisena ja heidän poikiaan veljinään, joille lääkäri sitoutuu opettamaan lääkärin taidon. Lääkäri lupautuu antamaan kaikkea tarvittavaa opetusta niille, jotka ovat kirjallisesti ja valallisesti sitoutuneet lääkärinlakiin.

Profession merkitys ja yksittäisten lääkärien kliininen autonomia ovat vähentyneet yhteiskunnan muuttuessa. Kollegiaalisuuden ylläpitäminen on kuitenkin lääkärikunnan omissa käsissä. Kollegiaalisuuden vaaliminen on keskeinen keino ylläpitää profессиota ja professionalismia.

Maailman lääkäriliitto (WMA) uudisti Hippokrateen valan antaessaan Geneven julistuksen vuonna 1949. Julistuksen arvoa alleviivaa sen pysyminen muuttumattomana vuoteen 2017, jolloin WMA hyväksyi sen uudistetussa muodossa. Merkittävät muutokset koskevat lääkärin lupausta huolehtia myös omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Lisäksi perinteinen opettajan kunnioittaminen muuttui kollegan kunnioittamiseksi tämän asemasta riippumatta. Suomessa käytössä olevassa lääkärinvalassa lääkäri vakuuttaa antavansa kollegalleen apuaan aina, kun tämä sitä potilasta hoitaessaan pyytää.

Kollegiaalisuusperiaatteella on lääkärin ammatissa vankka käytännön sanelema pohja. Lääkärin oma kokemusmaailma on rajallinen, ja jo antiikin aikana oli tärkeää, että myös muiden kokemuksista voitiin ottaa oppia. Tämä näkökohta on korostunut lääkärien erikoistuessa yhä pidemmälle. Erikoisalat ovat aiempaa kapea-alaisempia, ja potilaan hoitaminen saattaa edellyttää monen lääkärin yhteistyötä. Tällöin on tärkeää, että yhteistyö sujuu saumattomasti kollegoita arvostaen ja kunnioittaen. Lääkärin väliset erimielisyydet hoidon toteutuksesta herättävät potilaassa turvattomuutta eivätkä auta ylläpitämään lääkärin arvostusta yhteiskunnassa. Tällaisissa tilanteissa asia on syytä käsitellä ensisijaisesti lääkärin kesken.

Suomen Lääkäriliitto on antanut omat kollegiaalisuusohjeensa. Suomen Hammaslääkäriliiton kollegiaalisuusohjeet sisältyvät liiton eettisiin ohjeisiin. Ohjeiden tarkoituksena on pitää yllä arvonmukaista henkeä ja hyvää kollegiaalisuutta sekä asiallista ja hyviä tapoja korostavaa käytöstä lääkärikunnan keskuudessa. Ohjeissa on erikseen todettu, että niiden tarkoituksena ei ole suojella lääkäreitä huonon ammattitaidon, virheellisen menettelyn tai väärinkäytöksen selvittämiseltä ja seurauksilta. Sellainen toiminta on ymmärrettävä epäkollegiaaliseksi käytäytymiseksi.

Kollegiaalisuusohjeet edellyttävät, että lääkäri puuttuu asiaan, jos havaitsee kollegansa syyllistyvän virheelliseen menettelyyn. Ohjeiden mukaan lääkärin on tällöin selvitettävä asia

suoraan ja viiveettä kollegansa kanssa pyrkien ymmärtämään myös hänen näkökohtansa. Jos tämä ei johda tulokseen, asiasta on keskusteltava kollegan esimiehen kanssa tai ilmoitettava Suomen Lääkäriliittoon tai, jos kyse on hammaslääkärikollegasta, Suomen Hammaslääkäriliittoon. Ohjeissa muistutetaan, että erimielisyydet voidaan yleensä sopia perehtymällä toisen näkökohtiin.

Kollegiaalisuutta on myös se, että tunnistetaan kollegan toiminnassa ilmenevä lääkärin-työtä haittaava ongelma ja pyritään ratkaisemaan se. Kollegan sairaus, päihteiden käyttö tai muusta syystä heikentynyt suorituskyky vaativat asianmukaista puuttumista. Tämä on potilaiden ja myös profession edun mukaista. Työyhteisöissä vastuu epäkohtien korjaamisesta kuuluu esimiehille, ja heidän on saatava ongelmat tietoonsa. Peittelyn ja vihjailun sijasta asioista on puhuttava avoimesti mutta riittävää hienotunteisuutta noudattaen.

Kollegiaalisuus joutuu koetukselle esimerkiksi virkavaaleissa, kilpailtaessa potilaista ja julkaisutoiminnassa. Myös työn tekemisen uudet muodot haastavat kollegiaalisuutta.

Kollegiaalisuusohejiden mukaan lääkäri ei saa levittää tai ylläpitää vääriä käsityksiä omasta tai kollegojen pätevydestä. Hänen on myös sopimatonta moittaa potilaalle kollegansa toimintaa. Lääkäri ei saa toiminnassaan tai julkaisuissaan esittää yksinomaan omana ansionaan sellaista tutkimustulosta, jonka saavuttaminen on ratkaisevasti riippunut hänen yhden tai useamman kollegansa tekemästä työstä tai asiantuntemuksesta. Tutkimustyöhön ryhdyttäessä on suositeltavaa sopia etukäteen, mikä on kunkin lääkärin rooli ja miten tekijäluettelo julkaisuissa esitetään. (Ks. **Lääketieteellinen julkaisutoiminta**)

Kollegiaalisuutta parhaimmillaan on vanhemman ja kokeneen lääkärin ymmärtävä ja tukea antava suhtautuminen opiskelijaan tai uransa alussa olevaan epävarmaan ja vielä kokemattomaan lääkäriin. Kokemattomamman lääkärin on puolestaan ymmärrettävä, että kokeneemmalla kollegalla on monia vastuita, joiden vuoksi hän ei välttämättä voi aina olla heti avuksi. Kollegoiden luottamuksellinen ja arvostava suhtautuminen toisiinsa työpaikalla on kollegiaalisuuden ydintä. Kaikilla on toisiltaan saatavaa ja opittavaa: vanhempi on nuoremmalle malli ja nuori toivottavasti innoittaja vanhemmalle. Ongelmallisia ovat usein tilanteet, joissa kokematon päivystäjä pyytää ohjeita takapäivystäjänä toimivalta lääkäriltä. Hoidon laadun ja potilaan turvallisuuden kannalta on olennaista, että kokematon päivystäjä – opiskelija tai lääkäri – voi luottavaisena ja aiheetonta arvostelua pelkäämättä pyytää kollegalta apua tilanteessa, jonka on kokenut itselleen liian vaikeaksi.

Ihmisten turvallisuudentunnetta vahvistaa luottamus yhteiskunnan perusrakenteisiin, ja lääkärin ammatti ja lääkärit ovat tärkeä osa näitä rakenteita. Lääkärien kollegiaalinen käyttäytyminen luo turvallisuutta, ja siksi jokaisen lääkärin on kiinnitettävä asiaan huomiota. Erityisessä vastuussa ovat opettajina toimivat lääkärit. Heidän on omalla esimerkillään ja opetusellaan luotava pohja kollegiaaliselle käyttäytymiselle.

Hyvä kollegiaalisuus turvaa lääkäreille kliinisen autonomian. Nuori lääkäri saa koko profession arvostuksen ja luottamuspääoman käyttöönsä jo pukiessaan valkoisen takin päälleen ensimmäisen kerran. Hänen ei tarvitse hankkia sitä pelkästään omalla työllään pitkän ajan kuluessa.

LÄÄKÄRI JA OMANTUNNONVAPAAUS

Terveystieteiden lähtökohdalla on, että potilaille on tarjolla riittävät ja lainmukaiset palvelut kaikissa olosuhteissa ja kaikilla alueilla, potilaiden kulttuuria ja vakaumusta kunnioittaen. Lääkärillä on myös oikeus omaan vakaumukseen, ja tietyissä tilanteissa omantunnonvapauten. Lääkäri voi kieltäytyä tämän perusteella tekemästä tiettyjä toimenpiteitä, jotka ovat

lääkärin etiikan perusteella ongelmallisia. Lääkärin omantunnonvapauden noudattaminen ei saa vaarantaa potilaan oikeutta saada tarvitsemaansa hoitoa tai vaikuttaa lääkäriin potilaalle antamiin lääketieteellisiin ohjeisiin tai yhdessä sovittaviin hoitolinjauksiin. Professionalismi ja kollegiaalisuus edellyttävät, että lääkäri pohtii mahdollisimman varhain, aiheuttaako hänen oma vakaumuksensa tai kulttuurinsa rajoitteita erikoisalana tai työpaikan valinnassa. (Ks. *Raskauden ehkäisy ja keskeyttäminen, Poikien ympärileikkaus*)

Suomen Lääkäriliitto on antanut omantunnonvapauden soveltamisesta suosituksen, jonka mukaan lääkäriin tulee kertoa esimiehelleen ja lähimmille kollegoilleen aikomuksestaan käyttäen omantunnonvapautta tietyissä toimenpiteissä. Tarvittaessa asiasta on informoitava myös muuta henkilöstöä ja potilaita, mikäli sillä on merkitystä, kenen lääkäriin vastaanotolle potilas hakeutuu. Jos lääkäriin vakaumus ei salli sitä, että hän osallistuu jonkin toimenpiteen järjestämiseen tai toteuttamiseen, asia tulee hoitaa työnjohdollisin ja kollegiaalisin keinoin ja laatia toimintaohje, miten työtehtävät jaetaan tasapuolisesti. Lääkärillä ei ole oikeutta kieltäytyä potilaan henkeä tai terveyttä pelastavasta toimenpiteestä, vaikka tämä olisi vastoin hänen vakaumustaan. Tieto omantunnonvapauden käyttämisestä ei saa johtaa työntekijän tai työnhakijan syrjymiseen. Työhaastattelussa voidaan kuitenkin tiedustella mahdollisista rajoitteista työtehtävien suorittamisessa. ■

Lisätietoja:

Cruess S R, Cruess R L. Professionalism must be taught. *BMJ* 1997;315:1674–7.

Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians charter. *Lancet* 2002;359:520–2.

Pasternack A. Lääkärityö muuttuu - miten käy profession? *Duodecim* 2003;119:689–90.

Suomen Lääkäriliiton suositus lääkäriin omantunnonvapauden soveltamisesta opiskelussa ja työpaikoilla: <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/omantunnonvapauden-soveltaminen/>

Suomen Lääkäriliitto. Kollegiaalisuusohjeet. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/kollegiaalisuusohje/>

Suomen Hammaslääkäriliitto. Eettiset ohjeet. <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/tyoelama/hammaslaakarintietopankki/eettiset-ohjeet#.X3INGhdS9-U>

Lääkärin työn oikeudellistuminen

Lääkärinkoulutuksessa on ensiarvoisen tärkeää kiinnittää huomiota lääkäriin työn oikeudellistumiseen liittyviin kysymyksiin ja antaa lääkäreille työkaluja niiden ratkaisemiseen.

Laki ja oikeudellinen sääntely ovat keskeisiä keinoja ohjata yhteiskuntakehitystä. Oikeudellisen sääntelyn tarve lisääntyy koko ajan. Uudet lait ja asetukset sekä viranomaisohjeet kuvastavat yhteiskunnassa tapahtunutta kehitystä ja siitä johtuvaa sääntelyn tarvetta. Oikeudellistumisessa eli juridisoitumisessa on kyse myös eräänlaisesta luottamuksesta lain voimaan yhteiskunnan ongelmien ratkaisemisessa, mistä johtuen yhteiskunta pyrkii sääntelemään toimintaa yhä tarkemmin. Tarkempi sääntely taas paljastaa piiloon jääneitä uusia

tulkintaongelmia, joita lainsäätäjä ei vielä välttämättä ollut osannut ennakoida, ja näin syntyy tarve vielä yksityiskohtaisempaan säätelyyn.

Nykyaikaisessa yhteiskunnassa perusrakenteet ja pelisäännöt määritellään oikeudellisella säätelyllä, eivätkä pelkät moraalisisäännöt aina riitä. Lääkäreitä ohjaavat lainsäädännön lisäksi eettiset säännöt, jotka ovat ammattikunnan itsesäätelyä. Tasapainoilua on sen välillä, milloin itsesäätely riittää ja milloin yhteiskunta puuttuu asiaan lainsäädännöllä. (Ks. **Etiikka ja professio**)

Luottamus lain voimaan on länsimaisessa yhteiskunnassa sangen perinteinen ajattelumalli, mutta nykyisin sen kanssa kilpailevat monet muutkin ajattelumallit. Esimerkiksi terveydenhuollon rahoitus- ja rakenneuudistukset ovat vaikeita toteuttaa, koska intressitahoja ja huomioonotettavia, jopa ristiriitaisia näkökohtia on monia. Jos kansalaisten ja potilaiden luottamus lainsäätäjään horjuu tai jopa puuttuu, heillä ei välttämättä ole uskoa uuteen potilaan eduksi kehitettävään lainsäädäntöönkään.

Monella alalla on suuntaus yhä yksityiskohtaisempaan säätelyyn. Siihen on osin vaikuttanut 1990-luvun puolivälissä tehty perusoikeusuudistus, joka edellyttää ihmisen perusoikeuksiin puuttumisen täsmällistä ja tarkkarajaista säätelyä lain tasolla. Lainsäädäntöä on vähitellen muutettu ja täydennetty tämän vaatimuksen mukaiseksi. Yksi lääkärin työn oikeudellistumiseen vaikuttava tekijä on työn luonne – puuttuminen ihmisen koskemattomuuteen. Sen vuoksi tarvitaan täsmällisiä ja yksityiskohtaisia säännöksiä.

Terveydenhuollon oikeudellistuminen on vaikuttanut siihen, että alan ammattihenkilöiden asemaa arvioidaan jatkuvasti ja jopa kyseenalaistetaan. Kansalaiset ovat aktiivisia ja hyvin perillä oikeuksistaan, mikä on osaltaan lisännyt kanteluita ja valituksia. (Ks. **Lääkärien toiminnan valvonta**) Lääkärin oma kliininen autonomia sekä toisaalta koko lääkäriammattikunnan eli profession autonomia kohtaa potilaan autonomian aivan uudentyppisten haasteiden edessä.

Oikeudellistumisen lisääntyminen on aiheuttanut tilanteen, jossa lääkäreitä sitovat vahvasti lakiin perustuvat ja koko ajan lisääntyvät veloitteet, mutta jossa hän kohtaa myös normien epäselvyydet ja ristiriidat, jotka pitäisi osata tulkita ja ratkoa oikealla tavalla. Samalla hänen on osattava ottaa huomioon eettiset näkökohdat.

Lääkäri joutuu työssään ottamaan huomioon potilaan hoitoon liittyvien kliinisten säännösten ja lääkärin etiikan lisäksi myös muut hoitotapahtuman ulkopuoliset asiat ja tahot. Esimerkiksi ilmoitusvelvollisuutta tai -oikeutta laajentavia säännöksiä säädetään jatkuvasti lisää. Eettinen kysymys on, kenen hyvää tällä säätelyllä edistetään. Ilmoitusvelvollisuudet tai -oikeudet perustuvat yleensä turvallisuusnäkökohtiin, ja lainsäätäjä joutuu niistä säätäänsään punnitsemaan yksilön etua suhteessa yhteiskunnan tai muun väestön etuun. Lääkärin on puolestaan osattava erottaa, milloin hänellä on velvollisuus, milloin oikeus rikkoa potilassalaisuus. Lisäksi hän saattaa joutua arvioimaan tilannetta laajemmin, esimerkiksi potilaan ajokyvyn vaikutusta liikenneturvallisuuteen tai potilaan väkivaltaisuustaipumuksen vaikutusta lähipiiriin tai ulkopuolisiin tahoihin. (Ks. **Salassapitovelvollisuus ja sen poikkeukset**)

Lääkärin pitää paitsi hallita voimassa oleva lainsäädäntö, myös osata arvioida ja tietyissä tilanteissa jopa tulkita säännösten merkitystä laajemmin. Hän voi joutua tekemään intressipunnintaa eri säännösten välillä. Tilannetta vaikeuttaa se, että lääkärin on informoitava potilasta riittävästi ja saatava hänet ymmärtämään sekä oma etunsa että toiminnan mahdolliset vaikutukset muihin tahoihin. Lähtökohtana on kuitenkin aina oltava potilaan paras ja potilas-lääkärisuhteen luottamuksellisuus.

Lääkärinkoulutuksessa on ensiarvoisen tärkeää kiinnittää huomiota lääkärin työn oikeudellistumiseen liittyviin kysymyksiin ja antaa lääkäreille työkaluja niiden ratkaisemiseen. ■

Lisätietoja:

Wrede S, Olakivi A, Fischer N, Sigfrids A. Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkärin näkökulmasta. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5119/sll_autonomia_raportti_30012017.pdf

WMA Declaration on the Relation of Law and Ethics (2008) 2019. <https://www.wma.net/policies-post/wma-council-resolution-on-the-relation-of-law-and-ethics/>

WMA Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence (2008) 2018. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>

Lääkäri, julkinen esiintyminen ja sosiaalinen media

Lääkärin on noudatettava lääkärin etiikkaan, kollegiaalisuuteen ja vaitiolovelvollisuuteen liittyviä rajoja ja periaatteita myös julkisissa esiintymisissä ja sosiaalista mediaa käyttäessään.

Lääkärin tai lääketieteen opiskelijan on julkisissa esiintymisissä ja sosiaalista mediaa käyttäessään muistettava, että aina kun hänen ammattinsa on tiedossa, hän yksityishenkilönä esiintyessäänkin edustaa ihmisille samalla lääkäriprofessiota.

Sosiaalisessa mediassa jaettuun tietoon tulee aina suhtautua kuin se olisi täysin julkista tietoa.

Lääkärin on hyvä hyödyntää laajasti sosiaalisen median mahdollisuuksia terveystiedon jakamiseen ja terveyden edistämiseen.

Lääkäri on asiantuntija, joka voi ja jonka pitää käyttää tietojaan väestön terveyden edistämiseksi ja potilaiden parhaaksi. Asiantuntijaroolissa lääkäreitä myös usein pyydetään kommentoimaan lääketieteeseen liittyviä asioita mediassa.

Lääkärin eettisten ohjeiden mukaan lääkärin tulee julkisessa esiintymisessään noudattaa tarkkaa harkintaa ja välttää itsensä tarpeetonta korostamista. Yksittäisen potilaan terveydentilaa lääkäri ei voi salassapitovelvollisuuden vuoksi kommentoida mediassa ilman potilaan suostumusta. Yleisissä potilaita koskevissa kommenteissa heihin on suhtauduttava kunnioittavasti. Lääkärin on perustettava esittämänsä kannanotot lääketieteelliseen tietoon ja kokemukseen.

Lääkärillä on asiantuntijana valtaa vaikuttaa väestön käsityksiin lääketieteestä yleensä, mutta myös yksittäisten sairauksien hoidosta. Tätä valtaa lääkärin on käytettävä viisaasti ja eettisten ohjeiden mukaisesti. Lääkärin julkisissa esiintymisissään antaman tiedon on oltava objektiivista ja tietoon perustuva. Käytettävät ilmaisut eivät saa luoda epärealistisia odotuksia potilaille jonkin hoidon, lääkkeen tai muun lääkinnällisen tuotteen toimivuudesta ja tehosta. Riskit ja mahdolliset haittavaikutukset on tuotava esiin totuudenmukaisesti. (Ks. [Lääkäripalvelujen markkinointi](#))

LÄÄKÄRI SOSIAALISESSA MEDIASSA

Sosiaalisella mediallyä tarkoitetaan verkkoviestintäympäristöjä, joissa käyttäjällä on mahdollisuus toimia sekä aktiivisena sisällöntuottajana että passiivisena vastaanottajana. Tuotetun sisällön tarkoituksena on luoda ja pitää yllä yhteyksiä toisiin käyttäjiin verkon kautta. Sosiaalisen median sovelluksilla voidaan muun toiminnan lisäksi koota ja jakaa omia terveystietoja sekä pitää yllä sosiaalisia suhteita muihin ammattihenkilöihin, ystäviin ja sukulaisiin. Sosiaalista mediaa voi käyttää myös ammatillisen tiedon jakamiseen, lääketieteellisten neuvojen etsimiseen tai vertaistukitoimintaan. Sitä voi käyttää tutkimuksessa, terveyden edistämässä, opetuksessa ja markkinoinnissa.

Sosiaalinen media ei korvaa lääkärin kasvokkain antamaa konsultaatiota, mutta se voi laajentaa ja helpottaa joidenkin potilaiden tai ryhmien terveyspalveluiden käyttöä ja terveystiedon saantia. Lääkärin näkökulmasta se antaa mahdollisuuden jakaa terveystietoa ja tavoittaa tiettyjä potilasryhmiä (esimerkiksi nuoret) aiempaa paremmin ja kohderyhmälle sopivalla tavalla ja kielellä. Sosiaalisen median kanavat mahdollistavat lääkärin ja yleisemmin terveydenhuollon näkökulman esiin tuomisen yhteiskunnallisessa keskustelussa. Keskusteluun osallistumalla voi vaikuttaa myös kansalaisten mielipiteisiin terveysasioissa ja oikaista väärinkäsityksiä. Edellä mainituilla toimilla on mahdollista edistää osaltaan väestön terveyttä.

Lääkärin sosiaalista kanssakäymistä säätelevät lait, ohjeet ja ammatilliset käyttäytymistavat koskevat myös sosiaalista mediaa. Lääkärin ei ole sopivaa kommentoida sosiaalisessa mediassa – kuten ei muussakaan julkisessa esiintymisessä – muiden henkilöiden fyysisiä ominaisuuksia tai terveydentilaa tai arvostella potilaita. Lojaliteettivelvollisuus työnantajaa kohtaan on muistettava, samoin kollegoiden asiallinen kohtelu.

Sosiaalisen median sivustoille laitettu sisältö on usein julkisella palvelimella ja säilyy verkossa pysyvästi. Yksittäisellä henkilöllä ei ole mahdollisuutta kontrolloida sovelluksiin laittamansa tiedon jakelua. Sosiaalisessa mediassa jaettuun tietoon tulee aina suhtautua kuin se olisi täysin julkista tietoa. Tästä syystä sosiaalisessa mediassa ei saa julkaista yksilöitävissä olevia potilastietoja edes suljetuille ryhmille tarkoitetuilla kanavilla. Tietoihin voidaan todennäköisesti palata kymmenien vuosien ajan, ja niitä voivat arvioida muu ja muista lähtökohdista kuin käyttäjä on alun perin toivonut. Kiinnostuneet tahot, kuten nykyiset tai mahdolliset tulevat työnantajat, vakuutusyhtiöt ja kaupalliset tahot voivat tarkastella näitä sivustoja monista syistä, kuten ymmärtääkseen paremmin asiakkaiden tarpeita ja odotuksia, profiloidakseen työnhakijoita tai parantaakseen tuotteita tai palveluita.

Lääkärin tai lääketieteen opiskelijan on sosiaalista mediaa käyttäessään muistettava, että aina kun hänen ammatinsa on tiedossa, hän yksityishenkilönä esiintyessäänkin edustaa ihmisille samalla lääkäriprofessiota. Tällöin yksityiseksi mielipiteiksi tarkoitettut ilmaisut voidaan yleistää koskemaan lääkärin ammattikuntaa. Vastuullisen ja ammattiroolin kanssa yhteensopivan esiintymisen merkitys sosiaalisessa mediassa korostuu edellä mainituista syistä: yleisön arviointi ja rajaaminen voi olla vaikeaa, ja some-julkaisun peruuttaminen mahdotonta. Ääritapauksessa lääkärin mielipiteen voi lukea jokainen internetiin pääsevä.

Sosiaalisessa mediassa luodut kontaktit potilaiden kanssa voivat muuttaa potilas–lääkärisuhdetta epäammattilliseen suuntaan ja johtaa joko lääkärin tai potilaa henkilökohtaisten tietojen mahdollisesti ongelmalliseen paljastumiseen. Joillakin lääketieteen aloilla tämä voi olla vakava ongelma. (Ks. **Mielenterveyden häiriöiden hoidon eettisiä erityiskysymyksiä**)

Sosiaalisen median käytön yleistymisen on lisännyt epäasiallista viestintää ja vihapuhetta. Jos potilaat tai ulkopuoliset tahot kohdistavat lääkäriin epäasiallista käyttäytymistä tai harhaanjohtavia väitteitä sosiaalisessa mediassa, lääkärin on arvioitava, onko toiminta sen laatuista, että siihen kannattaa tai on asiallista reagoida. Virheelliset tiedot voi korjata ottaen huomioon salassapitovelvollisuus. Lisäksi lääkäriellä on käytössään kaikki lakisääteiset kana-

vat, esimerkiksi rikosilmoituksen tekeminen. Laiton uhkaus on kyseessä, jos uhkaa toista rikoksella niin, että uhatulla on perusteltu syy pelätä henkilökohtaisen turvallisuuden tai omaisuuden olevan vakavassa vaarassa. Laiton uhkaus on vuonna 2020 ehdotettu lakimuu- toksella säädettäväksi virallisen syytteen alaiseksi, jos se kohdistuu henkilöön hänen työtehtä- vänsä tai julkisen luottamustehtävänsä vuoksi (HE 226/2020). Työpaikalla asiaa voi arvioida kollegoiden ja esimiehen kanssa. Työnantajalla on velvollisuus puuttua työntekijän terveyttä tai turvallisuutta vaarantaviin tekijöihin. Työnantajalla on myös oikeus tehdä poliisille ilmoi- tus työntekijään kohdistuneesta laittomasta uhkauksesta.

Kansainvälisillä ja kansallisilla lääkärijärjestöillä, myös Suomen Lääkäriliitolla, on lääkärin toimintaa sosiaalisessa mediassa koskevat ohjeet. Ne perustuvat enimmäkseen yksityisyyden suojan mahdolliseen rikkoutumiseen liittyviin ongelmiin. Ohjeiden tarkoituksena on opastaa sosiaalisen median käyttöön siten, että lääkärille asetetut ammatilliset, kollegiaaliset ja eettiset vaatimukset toteutuvat. ■

Lisätietoja:

Lääkärin ja toimittajien yhteinen tiedotussuositus, 2013. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/4893/tiedotussuositus_140108.pdf

Social media, ethics and professionalism; BMA guidance: <https://www.bma.org.uk/media/1851/bma-ethics-guidance-on-social-media-2018.pdf>

Matikainen J, Huovila J. Sosiaalinen media terveyden edistämässä. *Duodecim* 2017;133(10):1003-7

Suomen Lääkäriliiton ohje sosiaalisen median käytöstä. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/sosiaalinen-media/>

Helve O, Kattelus M, Norhomaa S, Saarni S. Terveystieto ja sosiaalinen media. *Duodecim* 2015;131(21):2003-8.

WMA Statement on the Professional and Ethical Use of Social Media: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-professional-and-ethical-use-of-social-media/>

WMA Guidelines on Promotional Mass Media Appearances by Physicians, 2015: <https://www.wma.net/policies-post/wma-guidelines-on-promotional-mass-media-appearances-by-physicians/>

Lääkärin työkyky ja terveystalvelujen käyttö

Jos lääkäri huomaa, että kollegan työkyky on sairauden, päihteiden tai muun syyn vuoksi uhattuna tai potilasturvallisuus vaarantumassa, hänellä on Lääkäriliiton kollegiaalisuusohjeiden mukaan eettinen velvollisuus puuttua asiaan. Lääkärin tulee keskustella asianomaisen kanssa ja tarjota tukea hoidon tai muun avun järjestämiseen.

Lääkärin työkyvyn heikentyessä juridinen vastuu puuttua tilanteeseen on työnantajalla tai tätä edustavalla esimiehellä, lääkäriaseman vastaavalla lääkäriellä tai valvovalla viranomaisella eli Valviralla.

Myös lääkäriellä on oikeus olla potilas. Omasta työterveyshuollosta voi hakea apua. Työsuhteisten lääkärien lisäksi myös ammatinharjoittaja voi tehdä itselleen sopimuksen työterveyshuoltopalveluista.

Lääkäriliitto on perustanut luottamuslääkäriverkoston, johon kuuluvat lääkärit on koulutettu auttamaan kollegoitaan terveys- ja työkykyongelmien selvittelyssä.

LÄÄKÄRINTYÖN ERITYISPIIRTEITÄ

Lääkärin ammatissa korostuu merkittävä vastuu toisten ihmisten hengestä ja terveydestä. Lääkärin on oltava hyvä diagnostikko, taitava toimenpiteiden tekijä, empaattinen parantaja ja puolueeton asiantuntija.

Hyvä lääkäri nauttii potilaiden, heidän omaistensa ja yhteiskunnan luottamusta. Hän saa voimaa myönteisestä potilaspalautteesta ja osaa ottaa vastaan kriittisen palautteen. Työyhteisössä lääkäriin on osattava sovitaa yhteen asemansa ja henkilökohtainen potilasvastuunsa, olla kriittinen mutta kollegiaalinen ja arvostaa työtovereidensa ja muiden ammattiryhmien työtä.

Lääkärin työkyky edellyttää paitsi riittävää fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä, myös hyvää ammattitaitoa ja tervettä ammatillista itsetuntoa. Lääkäreillä on hyvin korkea kynnys ryhtyä sairastamaan ja asettua potilaan rooliin. Tämä heijastuu lääkärien vaihtelevassa suhtautumisessa omaan työkykyynsä. Lääkärin on usein vaikea tunnistaa oman suorituskykynsä rajoja, olla sairaanakaan poissa töistä tai myöntää olevansa toisen lääkäriin avun tarpeessa.

ESIMIEHEN, TYÖYHTEISÖN JA KOLLEGAN VELVOLLISUUDET

Lääkärin työkykyongelmaan puuttuminen on tärkeää, ellei lääkäri itse siihen reagoi. Varhaisen puuttumisen malli tarkoittaa työnantajan mahdollisimman aikaista puuttumista työkyvyn menettämisen ukiin ja varhaisiin oireisiin sekä niiden käsittelyä yhdessä asianomaisen lääkäriin ja työterveyshuollon kanssa. Tuolloin työkyky voidaan kenties vielä palauttaa tai tarvittaessa mukauttaa työtä jäljellä olevaan työkykyyn sopivalla tavalla.

Lääkäriliitolla on suositus hyvän työpaikan kriteereistä. Niiden mukaan lääkärielle järjestetään työnohjausta hänen niin halutessaan, ja siinä voidaan käsitellä esiin tulleita ongelmakysymyksiä, esimerkiksi eettisiä ristiriitatilanteita. Työnohjauksella voidaan tukea työssä

jaksamista ja välttää vakavampien työkykyongelmien syntymistä. Myös ammatillisen kuntoutuksen keinot tulevat kyseeseen. Työkyvyttömyyden kustannusten ja potilasturvallisuuden vuoksi ongelmiin puuttuminen ja eri keinojen käyttö on sekä yksilön, työnantajan että yhteiskunnan etujen mukaista.

Jos työkyky on merkittävästi ja pysyvästi heikentynyt, on työkyvyttömyyseläke parempi vaihtoehto kuin potilasturvallisuuden vaarantaminen ja lääkärin maineen tuhoutuminen prosessia pitkittämällä.

Esimiehen on työnantajan edustajana otettava aktiivisesti puheeksi muutokset lääkärin työkyvyssä. Työsopimuslain (55/2001) mukaan työnantajalla on perustellusta syystä mahdollisuus velvoittaa lääkäri toimittamaan selvitys työkyvystään. Tuolloin työnantaja kustantaa selvityksen, joka käytännössä aloitetaan yleensä omassa työterveyshuollossa. Terveystuotopalveluja valvova Valvira on oikeutettu perustellusta syystä velvoittamaan lääkäri työkyky selvitykseen. Tämä koskee myös yksityisiä ammatinharjoittajia.

Jos lääkäri huomaa, että kollegan työkyky on sairauden, päihteiden tai muiden syiden takia uhattuna tai potilasturvallisuus vaarantumassa, hänellä on Lääkäriliiton kollegiaalisuusohjeiden mukaan eettinen velvollisuus puuttua asiaan keskustelemalla asianomaisen kanssa ja tarjoamalla apua esimerkiksi hoidon järjestämiseen. Jollei tämä auta, asia on saatettava esimiehen tai Lääkäriliiton tietoon ja vakavassa tilanteessa tarvittaessa ilmoitettava myös Valviralle. Tämä on eettisesti perusteltua jo potilasturvallisuuden vuoksi.

Käytännössä asiaan puuttuminen voi olla vaikeaa yksityisyyden suojaan tai työyhteisön toimintaan liittyvien seikkojen takia. Asian ottaminen puheeksi voi lykkääntyä myös sen arkaluonteisuuden vuoksi, jolloin kollegan vaikeudet jäävät asianmukaisesti toteamatta ja hoitamatta. Huonoimmassa tapauksessa ongelmat tulevat esille vasta, kun omahoitoyritykset, itsetuhoisuus, pelot ja häpeä johtavat ammatillisen omanarvontunteen romahtamiseen, tai suhde potilaisiin ja työtovereihin on muuttunut epäammattilliseksi. Lähestymistapaa miettiessä on hyvä pohtia tapoja, joilla haluaisi vastaavan asian esitettävän itselleen.

LÄÄKÄRI POTILAANA

Lääkärin on vaikea asettua potilaan rooliin. Hän saattaa pelätä menettävänsä itsemääräämisoikeutensa tai terveystietojensa vuotavan ulkopuolisille. Lääkärit koulutetaan kestämaan vaikeitakin asioita, ja kynnys avun hakemiseen muilta lääkäreiltä on usein korkea. Toisaalta on muistettava, että lääkäriellä on samanlainen oikeus tutkimuksiin ja hoitoon kuin kaikilla muillakin.

Terveystuotun organisaatioilla pitäisi olla menettelyohjeet lääkärin äkillisten sairauspoissaolojen varalta. Työkykyasioissa työterveyshuolto on luonteva ja toimiva paikka tarvittavien tutkimusten ja erikoisalojen yhteistyön koordinointiin.

Tilapäisten vaivojen hoitamista omatoimisesti tai kollegiaalisen konsultoinnin turvin voidaan pitää hyväksyttävänä, asiantuntemuksen mukanaan tuomana käytännöllisenä mahdollisuutena. (Ks. [Potilasasiakirjat](#)) Lääkärin on kuitenkin ymmärrettävä, että omien vaivojen hoitoon liittyy vakava riski siitä, että vaivojen syy jää tutkimatta eikä hän saa oikeaa hoitoa. Tutkimusten mukaan lääkkeiden kirjoittamista itselleen esiintyy myös vakavissa sairauksissa. Tämä on monella tavalla ongelmallista. Kroonisten sairauksien hoidon ja seurannan järjestämisessä lääkärin on hyvä hyödyntää työterveyshuoltoa tai muita terveystuotun palveluita, joissa hänellä on mahdollisuus omaan luottamukselliseen potilas-lääkärisuhteeseen. Tämä koskee myös PKV-lääkkeiden käyttöä.

Toisaalta lääkäripotilaan hoitamisen eettiset ongelmat syntyvät pitkälti siitä, että hänen saattaa olla vaikea saada neutraalia palvelua omalla paikkakunnallaan. Lääkärillä tulee olla oikeus ja hänen tulee uskaltaa olla ”tavallinen potilas” – vaihtaa ammattirooli potilaan rooliin ja siihen liittyviin oikeuksiin ja velvollisuuksiin. Mahdollisuuksia asialliseen hoitosuhteeseen voivat usein rajoittaa tuttavuus ja työtoveruus. Lääkärin ammatti on syytä ottaa hoitosuhteessa huomioon, ja lääkärin ollessa potilaana vastaanotolla asiasta on hyvä keskustella ääneen, ellei hyvä hoitosuhde muuten rakennu. Hoitosuhteen tulee olla ehdottoman luottamuksellinen.

LÄÄKÄRIEN TYÖTERVEYSHUOLTO

Virka- ja työsuhteissa olevat lääkärit kuuluvat työnantajan järjestämän lakisääteisen eli ennaltaehkäisevän työterveyshuollon piiriin. Lääkärin työhön saattaa liittyä altisteita, joiden perusteella hän tarvitsee lakisääteistä terveyden seuranta. Tällaisia altisteita ovat esimerkiksi röntgensäteily, radioaktiiviset isotoopit, yötyö ja väkivallan uhka. Monet työnantajat kustantavat lakisääteisten palvelujen lisäksi myös sairauksien hoidon. Näistä palveluista on syytä tiedottaa lääkäreille jo perehdytyksen yhteydessä.

Itsenäisellä ammatinharjoittajalla on mahdollisuus tehdä työterveyshuoltopalvelujen tuottajan kanssa sopimus työterveyspalveluista. Kun yrittäjänä toimiva lääkäri joutuu pois työstään sairauden vuoksi, Kela maksaa YEL-vakuutuksen mukaan määräytyvän sairauspäivärahan yhden karenssipäivän jälkeen. Vakuutusyhtiöt tarjoavat yrittäjänä toimiville lääkäreille vastaanoton keskeytymisvakuutuksia. Etenkin päätoimisesti ammatinharjoittajana toimivan lääkärin on muistettava huolehtia myös omasta eläketurvastaan (YEL).

Työterveyshuollon tärkeä tehtävä on työterveyden ja työkyvyn tukeminen. Lääkärit käyttävät näitä palveluja varsin vähän. Lääkärien työkyvyn seuranta ja ennaltaehkäisevä terveydenhoito edellyttävät työterveyshuollolta aktiivisuutta ja erityistä asiantuntemusta. Myös työnantajilta ja toiminnasta vastaavilta lääkäreiltä odotetaan varhaista puuttumista mahdollisiin ongelmiin. Raskaana oleva lääkäri voi tarvita muutoksia työtehtäviin, ja tarvittaessa hänellä voi olla oikeus erityisäitiyspäivärahaan.

Lääkäriliiton suosituksessa lääkärin työterveyshuollon järjestämisestä todetaan, että työterveyshuollon palvelujen tuottajan tulee olla lääkärin toimintayksiköstä hallinnollisesti ja työyhteisöllisesti erillään siten, että se takaa palvelujen ammatillisen riippumattomuuden, toimivan hoitosuhteen ja tietosuojan sekä tietojärjestelmien että koko toiminnan suhteen. Luottamuksellisuuden on oltava ehdotonta. Esimies ei milloinkaan voi olla alaiensa työterveyslääkäri. Monessa tapauksessa lääkärin työterveyshuollon ulkoistaminen on järkevä vaihtoehto sekä lääkärin että työterveyshenkilöstön toiminnan kannalta.

LÄÄKÄRIEN KUNTOUTUSMAHDOLLISUUDET

Työkyvyn ja jaksamisen ollessa uhattuna lääkäri voi hyötyä kuntoutuksesta – ilman edeltäviä sairauslomiakin. Jaksamisen ongelmat on kuvattava sanallisesti Kelaa varten kuntoutuksen tarpeen osoittamiseksi. Kela, työeläkelaitokset, työnantajat, Valvira ja yksittäiset lääkärit ovat tehneet vuosia yhteistyötä lääkärin työkyvyn ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittämiseksi. Ammattikunta- ja työyhteisökohtaisia kuntoremonttiviikkoja tai useassa eri vaiheessa toteutuvia työhyvinvointiohjelmia ideoidaan yhdessä työpaikkojen henkilöstöhallinnon kanssa.

Lääkinnällisiä kuntoutuksia ovat Kelan maksamat Kiila-kurssit. Osallistumiseen tarvitaan oma hakemus sekä työnantajan ja työterveyshuollon lausunnot. Tietoa kursseista on sekä Lääkäriliiton että Kelan verkkosivuilla. Jos työkyvyn menettämisen uhka on ilmeinen, lääkärillä saattaa olla oikeus myös ammatilliseen kuntoutukseen. Lääkäreillä tätä kuntoutusta tukee yleensä eläkevakuuttaja (Keva tai yksityiset eläkeyhtiöt).

LUOTTAMUSLÄÄKÄRIVERKOSTO

Lääkärien kynnys hakea hoitoa terveysongelmiinsa on osoittautunut korkeaksi. Normaalin potilas-lääkärisuhteen luominen saattaa olla vaikeaa molemmille osapuolille. Hoitoon hakeutumisen helpottamiseksi Lääkäriliitto on perustanut luottamuslääkäriverkoston, johon kuuluvat lääkärit on koulutettu kohtaamaan lääkäripotilaita ja auttamaan heitä terveys- ja työkykyongelmien selvittelyssä. Luottamuslääkärien toimintaperiaatteista ja yhteystiedoista kerrotaan Lääkärilehdessä ja Lääkäriliiton verkkosivuilla. Käytännössä toiminta sisältää enintään kolme vastaanottokäyntiä luottamuslääkäriin vastaanotolla. ■

Lisätietoja:

Hammaslääkärien työhyvinvointi -seurantatutkimus. https://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/jasensivusto/tyoelama_ja_edunvalvonta/hyvatyopaikkaopas_2012_verkkoon.pdf

Hyvä työpaikka -opas. https://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/jasensivusto/tyoelama_ja_edunvalvonta/hyvatyopaikkaopas_2012_verkkoon.pdf

Suomen Lääkäriliitto: Hyvän työpaikan kriteerit. <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/tyohyvinvointi/hyva-tyopaikka/>

Suomen Lääkäriliitto: Lääkäriin työhyvinvointi -raportti. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/4841/tyohyvinvointityoryhman_tiiivistelma.pdf

Läheisen lääkärinä

Läheisellä on oikeus hyvään hoitoon ja lääkärin läheisenä antamaan henkiseen tukeen. Lääkärin on syytä pidäytyä läheisen vaativammasta hoidosta.

Läheisten hoidossa pätevät samat eettiset ja juridiset ohjeet ja määräykset kuin muidenkin potilaiden hoidossa.

Lääkärin ei pidä kirjoittaa läheiselleen lääkärinlausuntoa jonkin etuuden tai oikeuden saamiseksi.

Lääkärin ei pidä määrätä itselleen PKV-lääkkeitä vaan hakeutua toisen lääkärin hoitoon.

Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain mukaan lääkäri on oikeutettu määräämään lääkkeitä, tekemään tutkimuksia ja antamaan hoitoa kenelle tahansa potilaalle. Häätä- ja ensiaputilanteita lukuun ottamatta lääkärin on syytä arvioida tilannetta tarkemmin, jos hoidon tai lääkärinlausunnon tarvitsijana on lähiomainen tai muu läheinen tai jos hän aikoo hoitaa itseään.

Potilas-lääkärisuhde on ammatillinen, eettisten ohjeiden ja profession pitkän tradition määrittelemä. Henkilökohtaiset tunteet on pidettävä erillään ammattiroolista. Tunneside potilaan kanssa häiritsee objektiivisuutta ja voi johtaa huonompaan hoitoon tai väärin ratkaisuihin. Erityisesti vaativissa operatiivisissa toimenpiteissä lääkärin läheinen tunneside potilaaseen voi vääristää arviointia ja heikentää keskittymistä. Siksi lääkärille ei suositella läheisen henkilön leikkaamista, vaan on parempi siirtää hoitovastuu kollegalle. Ammatillisen ja yksityiselämän roolien erottamiseen on hyvät perusteet.

Lääkäri voi hoitaa lähiomaisen arkiset pienet vaivat, oireet ja vaikkapa tavalliset infektiot. On hyvä muistaa, että myös lähiomaisella tai läheisellä on oikeus hyvään hoitoon ja lääkärin läheisenä antamaan henkiseen tukeen. Tarpeelliset laboratorio- tai kuvantamistutkimukset eivät saa jäädä tekemättä. Krooniset sairaudet on parempi hoitaa vastaanotolla eikä koti-keittiössä. Psykiatriset sairaudet ja lääkitykset on syytä hoitaa asianmukaisessa hoitopaikassa. Erityisesti PKV-lääkkeiden määräämisessä läheiselle on oltava pidäytyväinen ja noudatettava valvontaviranomaisten suosituksia. Ammattihenkilöiden valvonnassa tulee esille tapauksia, joissa lähiomaiset ovat painostaneet lääkärinä epäasialliseen lääkemääräysten kirjoittamiseen.

Läheisten hoidossa pätevät samat eettiset ja juridiset ohjeet ja määräykset kuin muiden potilaiden hoidossa. Myös läheisten hoitaminen edellyttää huolellista anamneesia, aiempaan sairauskertomukseen perehtymistä ja kliinisen statuksen riittävää selvittämistä. Potilasasia-kirjamerkinnot tulee tehdä, vaikka kyseessä olisi oman lapsen tai naapurin hoito. Tämä on välttämätöntä potilasturvallisuuden ja lääkärin oman oikeusturvan vuoksi. Ilman potilasasia-kirjamerkinnot tiedot eivät näy myöskään Kanta-arkistossa. Ketä tahansa potilasta on ongelmallista hoitaa tarkistamatta aiempia potilastietoja. Jos seurauksena on hoitovirhe tai potilasvahinko, ei läheinen ehkä uskalla tai halua hakea korvauksia.

Laillistetun lääkärin oikeudet ja autonomia ovat laajat. Myös läheisiä hoidettaessa on kuitenkin muistettava esteellisyyskysymykset ja hyvä hallintotapa. Tämä on erityisen välttämätöntä, kun kyseessä ovat taloudelliset edut ja/tai lupa-asiat. Lääkärin on syytä pidäytyä kirjoittamasta läheiselle lääkärinlausuntoa esimerkiksi eläkettä, ampuma-aselupaa, edunvalvontalausuntoa, sairauslomaa, vakuutuslausuntoa tai vastaavaa varten. Käytännössä viran-

omainen tai työnantaja voi kieltäytyä hyväksymästä lääkärin läheiselleen kirjoittamaa lääkärintoimitusta. (Ks. Lääkärin esteellisyys)

Lääkärillä on oikeus asettaa potilaan asemaan ja saada hoitosuositusten mukaiset tutkimukset, hoidot ja seuranta, joten hänen omat sairautensa on syytä hoitaa asiaan kuuluvassa hoitopaikassa. (Ks. Lääkärin työkyky ja terveystoimintojen käyttö) Niin kutsutuilla käytäväkonsultaatioilla ei pidä hoitaa vakavia tai kroonisia sairauksia – sen enempää työtovereiden, perheenjäsenten kuin omiakaan. Lääkärin ei pidä määrätä itselleen PKV-lääkkeitä vaan hakeutua toisen lääkärin hoitoon. ■

Lääkärin toiminnan valvonta

Lääkärin toimintaa valvovat alueellisesti aluehallintovirastot ja valtakunnallisesti Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Valvira.

Viranomaiset valvovat lääkärin toiminnan lainmukaisuutta. Keskeisiä säädöksiä ovat laki (559/1994) ja asetus (564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja asetus potilasasiakirjoista (298/2009). Valvonnan ja ohjauksen tavoitteina ovat potilasturvallisuus ja terveydenhuollon toiminnan hyvä laatu.

Suomen Lääkäriliiton ja Suomen Hammaslääkäriliiton jäsenet sitoutuvat noudattamaan yhteisesti hyväksytyjä ohjeita, joista valvonnan kannalta tärkeimpiä ovat liittojen eettiset ohjeet, ohje lääkärintodistusten kirjoittamisesta sekä kollegiaalisuus- ja markkinointiohjeet. Liitot valvovat ohjeiden noudattamista.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrittelee ammattieettiset velvollisuudet seuraavasti: ”Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat.”

Lääkärin ja hammaslääkärin on ammattieettisten velvolluuksiensa mukaisesti aina annettava apua kiireellisen hoidon tarpeessa oleville. Muita erityisiä velvollisuuksia ovat muun muassa potilasasiakirjojen laatimis- ja säilyttämisvelvollisuus, salassapitovelvollisuus, velvollisuus ilmoittaa aluehallintovirastolle itsenäisen ammatinharjoittamisen aloittamisesta ja velvollisuus ottaa tarpeelliset vakuutukset. Lääkärin ja hammaslääkärin on toiminnassaan otettava huomioon potilaan oikeudet. Niistä keskeisiä ovat oikeus hyvään hoitoon, hoitosuunnitelmaan, hoitoon yhteisymmärryksessä sekä oikeus tiedonsaantiin ja potilasasiakirjojen tarkistukseen.

LUPA-, OHJAUS- JA VALVONTAVIRANOMAISET

Aluehallintovirastot (AVI) vastaavat alueellisesta viranomaisvalvonnasta. Valtakunnallisesta viranomaisvalvonnasta vastaa sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Lupa- ja ohjauksen ja valvonnan tarkoituksena on potilasturvallisuuden varmistaminen ja terveydenhuollon laadun edistäminen. Lupahallinto on ennakoivaa valvontaa, johon kuuluu muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden laillistus, nimikesuojaus ja rekisteröinti, yksityisen terveydenhuollon luvat ja itsenäisen ammatinharjoittamisen rekisteröinti. Valvira ohjaa terveydenhuollon toimintayksiköitä, ammattihenkilöitä sekä aluehallintovirastoja yhtenäisten valtakunnallisten menettelytapojen noudattamisessa esimerkiksi valtakunnallisten valvontaohjelmien avulla.

Valvira ja aluehallintovirastot valvovat sekä terveydenhuollon organisaatioita että yksittäisiä ammattihenkilöitä. Yksittäisen ammattihenkilön toimintaa tarkasteltaessa on otettava huomioon organisaation toimintatavat ja johdon antama ohjeistus. Potilasturvallisuudessa systeeminäkökulma on keskeinen.

Valvonta-asiat voivat tulla vireille esimerkiksi potilaiden tai omaisten kanteluina tai esmiesten, apteekkien, muiden viranomaisten tai tuomioistuinten ilmoitusten perusteella. Valvira voi ottaa myös omasta aloitteestaan selvitettäväkseen tapauksia julkisuudessa esitettyjen tietojen perusteella. Lisäksi Valvira ja AVI antavat pyynnöstä lausuntoja muille viranomaisille, kuten eduskunnan oikeusasiamiehelle, oikeuskanslerille tai oikeuslääketieteellisissä kuolemansyyn selvittämissasioissa poliisille.

Valtaosa kanteluista käsitellään aluehallintovirastoissa. Valvira käsittelee kantelut, jotka koskevat potilaan vaikeaan vammautumiseen tai menehtymiseen johtanutta hoitoa. Se käsittelee myös laajakantoisia ja periaatteellisia kysymyksiä koskevat kantelut. Hallintolain muutosten tultua voimaan vuonna 2014 Valvira on siirtänyt yhä enemmän kanteluita terveydenhuollon toimintayksikköön käsiteltäväksi muistutuksina. Valvira arvioi sille selvitettäväksi jääneet kantelut joko potilasasiakirjojen perusteella tai pyytämällä niiden lisäksi toimintayksikön johdon kautta selvitykset potilaan hoitoon osallistuneilta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä. Valvira pyytää myös lääketieteellisestä toiminnasta vastaavalta johtajalta lausunnon tapahtumaketjusta, ammattihenkilöiden toiminnasta ja toimintayksikön ohjeistuksesta. Asian arvioimiseksi Valvira voi pyytää myös kyseisen alan pysyvän asiantuntijan lausunnon.

Potilas tai hänen omaisensa tekee melko usein kanteluasiasta ilmoituksen Potilasvakuutuskeskukseen (PVK) taloudellisen korvauksen hakemiseksi. (Ks. [Potilasvahingot, hoitohaitat ja hoitovirheet](#)) PVK ja potilasvahinkolautakunta käsittelevät korvausasian täysin itsenäisesti ja erillään aluehallintoviraston tai Valviran selvityksestä. Tietoa vaihdetaan perustellusta pyynnöstä.

Valviraan on keskitetty myös sellaiset valvonta-asiat, joissa arvioidaan lääkärin tai hammaslääkärin terveydentilaa ja ammatillista toimintakykyä tai ammattitaitoa. Asian selvittämiseksi Valviralla on mahdollisuus määrätä lääkäri terveydentilan ja ammatillisen toimintakyvyn tai ammattitaidon selvitykseen. Valvira voi myös määrätä AVIn tekemään vastaanottotarkastuksen ammattihenkilön toimipaikkaan. Tarkastuksen yhteydessä voidaan ottaa tarkasteltavaksi esimerkiksi otos potilasasiakirjoista. Terveydentilaa ja ammatillista toimintakykyä koskevien lausuntojen lisäksi Valvira pyytää ammattihenkilöä koskevat potilasasiakirjat. Valviralla on oikeus saada myös tiedot lääkärin määräämistä ja lääkärille määrätystä lääkkeistä Kelan reseptikeskuksesta. Valvonta-asioissa Valvira voi pyytää PVK:lta tietoa siellä aiemmin käsitellyistä korvaushakemuksista, joissa kyseinen lääkäri on ollut osallisena.

Kanteluiden ja muiden valvonta-asioiden määrä kasvaa jatkuvasti. Vuonna 2019 Valviraan tuli vireille vajaat 1 000 kantelua, joista se työnjaon mukaisesti siirsi aluehallintovirastoille lähes puolet. Muita valvonta-asioita, kuten ammattihenkilöiden valvonta-asioita, tuli vireille

runsaat 500. Näistä Valvira siirsi osan aluehallintovirastolle ja osan myös omavalvonnallisesti hoidettavaksi. Erityisesti ilmoituksella vireille tulleiden valvonta-asioiden määrä on ollut kasvussa. Yleisimpiä yksittäisiä valvontatapausten syitä ovat ammattihenkilöiden omat päihde- ja väärinkäyttöongelmat sekä mielenterveysongelmat. Muita syitä ovat ammattihenkilön epäasianmukainen ammattitoiminta esimerkiksi lääkkeen määräämisessä ja hoidon menettelytavoissa.

OMAVALVONTA

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakenttä monimutkaistuu, eivätkä valvontaviranomaiset rajallisine resursseineen kykene ennakoivaan ja jatkuvaan ajantasaiseen valvontatyöhön. Potilasturvallisuuden ja toiminnan asianmukaisuuden on perustuttava toimintayksiköiden omaan suunnitelmalliseen prosessienhallintaan, potilasturvallisuustyöhön ja omavalvontaan.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 §:n mukaan terveydenhuollon toimintayksiköt ovat velvollisia laatimaan ja toimeenpanemaan suunnitelman potilasturvallisuuden ja laadun hallinnasta. Tämä tarkoittaa myös oman toiminnan suunnitelmallista valvontaa. Samankaltainen velvoite on laissa yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990). Se edellyttää omavalvontasuunnitelmaa niiltä yksityisiltä terveydenhuollon toimintayksiköiltä, joilla on useita toimipaikkoja. Omavalvonta kattaa kaikki menettelytavat, joilla organisaatio varmistaa potilaiden asianmukaisen ja turvallisen hoidon alkaen henkilöstön rekrytointitavoista ja hoitoprosessien kulusta aina potilaan tietojen välittämiseen seuraavaan hoitopaikkaan. Valvontaviranomaiset korostavat organisaatioiden omavalvontaa, eli työnantajan toimenpiteitä potilasturvallisuuden varmistamiseksi reaaliajassa ja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jos ongelmia ilmenee.

HALLINNOLLINEN OHJAUS, TURVAAMIS- JA KURINPITOTOIMET

Valvontaviranomaiset voivat antaa ammattihenkilölle hallinnollista ohjausta (käsitksen ilmaiseminen, huomion kiinnittäminen tai huomautus) vastaisen toiminnan varalle silloin, kun ammattihenkilö on ammatissaan toiminut epäasianmukaisesti tai virheellisesti. Valvirassa toimiva sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta voi antaa ammattihenkilölle kurinpitotoimena kirjallisen varoituksen, kun kyse on säädöksen rikkomisesta, virheellisyydestä tai laiminlyönnistä. Kun kyse on potilasturvallisuuden vaarantumisesta, valvontalautakunta voi turvaamistoimenpiteenä rajoittaa tai poistaa ammattioikeudet. Lautakunta tekee myös ratkaisut oikeuksien palauttamisesta tai rajoitusten poistamisesta.

Turvaamistoimenpiteisiin ryhdytään potilasturvallisuuden varmistamiseksi, jos ammattihenkilön toiminnassa havaitaan potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita joko ammattitaidossa tai kykenevyydessä harjoittaa ammattia. Tällöin eivät työnantajan omavalvonnalliset toimenpiteet riitä tai niitä ei ole käytettävissä ja ammattihenkilö ei itse ymmärrä ammattitoimintansa vaarantavan potilasturvallisuutta. Asiaa selvittäessään Valvira pyytää ammattihenkilöltä selvitystä ja hänen esimieheltään sekä hoitavalta taholta lausuntoa. Lisäksi ammattihenkilön vastaanotto voidaan tarkastaa, ja hänen ammattitaitoaan tai terveydentilaansa ja ammatillista toimintakykyä voidaan selvittää määräämällä hänet esimerkiksi sairaalatutkimuksiin. Valvira kuulee asianomaista ammattihenkilöä aina ennen ratkaisua. Turvaamistoimenpiteitä koskeva päätös voi olla voimassa toistaiseksi, mutta se voi olla myös väliaikainen, jos potilasturvallisuus edellyttää nopeaa puuttumista ammatinharjoittamiseen ja selvitykset

ovat vielä kesken. Ammattihenkilö voi hakea rajoituksen poistoa tai oikeuksien palautusta. Tällöin hänen on osoitettava, että turvaamistoimenpiteeseen johtanutta syytä ei enää ole.

Valviraan jäävistä kanteluista noin kolmasosa johtaa hallinnolliseen ohjaukseen, kuten huomion kiinnittämiseen tai huomautukseen vastaisen ammattitoiminnan varalle. Myös aluehallintovirastot voivat vastaavalla tavalla antaa ammattihenkilöille hallinnollista ohjausta.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan puheenjohtajana toimii Valviran ylijohtaja. Lautakuntaan kuuluu neljä muuta jäsentä, joista yksi edustaa lääketieteellistä ja yksi oikeustieteellistä asiantuntemusta, yksi terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja yksi sitä ammattiryhmää, johon kuuluvan henkilön asiaa käsitellään. Vuonna 2018 valvontalautakunnan ratkaisemista 201 asiasta 74 koski lääkäreitä ja 13 hammaslääkäreitä. Vuonna 2019 valvontalautakunnassa ratkaistiin 227 asiaa, joista 71 koski lääkäreitä ja 7 hammaslääkäreitä. Lääkärit saivat 15 varoitusta, 30:n lääkärin ammatinharjoittamisoikeutta rajoitettiin ja 10 menetti ammatinharjoittamisoikeutensa. Huomautuksia lääkärit saivat Valviralta ja aluehallintovirastoista yhteensä vajaat 50. Huomautus, kirjallinen varoitus, ammatinharjoittamisoikeuden poistaminen ja rajoittaminen merkitään Valviran ylläpitämään terveydenhuollon ammattihenkilöiden Terhikki-rekisteriin. Huomautus ja kirjallinen varoitus näkyvät rekisterissä kymmenen vuotta. Rekisterin verkkopohjaisessa julkisessa tietopalvelussa (JulkiTerhikki) näkyvät vain ammattioikeuksien rajoitukset rajoitusmerkintänä ja poistot siten, ettei ammattihenkilöä enää löydy JulkiTerhikistä. Perustietokannasta tiedot löytyvät.

LÄÄKÄRI VALVONNAN KOHTEENA

Lähes jokainen lääkäri joutuu työurallaan vastaamaan johonkin valitukseen tai kanteluun. Oikeuteen joutuminen on sen sijaan harvinaisempaa. Prosessin vaiheiden tuntemisesta on hyötyä, jos sellainen osuu kohdalle.

Prosessi lähtee usein käyntiin Valviralta tulevalle selvityspyynnöllä tapauksessa, jossa potilas tai omainen on kannellut hoidosta. Joskus valvontaviranomainen saa muulta taholta ilmoituksen, jossa hoitoa epäillään epäasianmukaiseksi. Myös poliisi voi pyytää lausuntoa potilaan hoidon asianmukaisuudesta esimerkiksi oikeuslääketieteellisen kuulemansyynselvityksen yhteydessä tai tutkiessaan rikosepäilyä.

Valviran selvityspyynnöön on vastattava. Lääkärin kannattaa tehdä pyydetty lausunto huolellisesti. Lausunnossa lääkäri kertoo antamastaan hoidosta omalta kannaltaan ja perustelee tekemänsä ratkaisut. Valvira antaa tarvittaessa poliisille selvitysten ja asiantuntijalausuntojen pohjalta tekemänsä oman lausunnon siitä, oliko hoito asianmukaista vai ei.

Asian selvittelystä mahdollisesti seuraava oikeusprosessi on kuormittava ja kestää pahimmillaan vuosia. Tämä voi johtaa esimerkiksi virheiden pelkäämiseen kliinisessä työssä. Työyhteisössä esimiehellä on tärkeä rooli siinä, ettei synny syyllistävää ilmapiiriä. Lääkäri voi prosessin eri vaiheissa keskustella Lääkäriliiton lakimiesten kanssa. Tilanteesta voi keskustella myös Lääkäriliiton luottamuslääkärien kanssa ja saada heiltä tukea.

LIITTOJEN OMA VALVONTA

Suomen Lääkäriliiton tehtävänä on edistää lääkärin professiota, jonka olennainen ominaisuus on vankka moraaliarvopohja. Profession käsitteeseen kuuluu itsesääntely. Sitä edellytetään erityisesti ammattitaidon ja ammattieettisesti hyväksyttävän käytöksen osalta. Lääkäriliitto on määritellyt lääkärin etiikan keskeiset arvot ja periaatteet sekä tehnyt kollegiaalisuusohjeet

ohjaamaan lääkärin käyttäytymistä. Keskeinen periaate on kollegiaalisuusohjeiden ja liiton sääntöjen maininta ”arvon mukaisesta hengestä ja hyvästä toveruudesta”. Periaate on säilyttänyt ajankohtaisuutensa ja ohjaavuutensa liiton yli 100-vuotisen historian ajan. (Ks. **Professionalismi ja kollegiaalisuus**)

Liitoilla on myös muita ohjeita, joita ne edellyttävät jäsentensä noudattavan. Esimerkiksi lääkäripalveluiden markkinointia valvoo lääkäripalveluiden markkinoinnin valvontalautakunta. (Ks. **Lääkäripalvelujen markkinointi**) Markkinointiohjeet ja eettiset ohjeet koskevat myös hammaslääkäreitä. Lääkäriliiton muiden ohjeiden mukaista käyttäytymistä valvoo viime kädessä valtuuskunnan asettama kollegiaalisuusneuvosto.

Lääkäriliitto valvoo ohjeidensa noudattamista ja voi antaa jäsenelleen kurinpitotoimena varoituksen tai julkisen varoituksen ja viime kädessä erottaa liiton jäsenyydestä. Julkinen varoitus tarkoittaa varoituksen ja sen perustelujen julkaisemista Suomen Lääkärilehdessä. Säännökset kurinpitotoimista ovat Suomen Lääkäriliiton kollegiaalisuuselinten johtosäännössä. Suomen Hammaslääkäriliitto kantaa vastuun vastaavista toimista hammaslääkärin osalta.

Esimerkkitapaus

*Internetin keskustelupalstat voivat houkuttaa kollegat käyttämään asioista ja henkilöistä värikästä kieltä tavalla, jota he eivät koskaan käyttäisi julkisesti puhuessaan. Fimnetin keskustelutaulut on periaatteessa rajattu käyttäjilleen. Käytännössä niitä on kuitenkin pidettävä julkisina tauluina, koska niistä, kuten kaikesta netissä ja sosiaalisessa mediassa kirjoitetusta, voi helposti ottaa esimerkiksi kuvakaappauksen. Kollegiaalisuusohjeiden ensimmäisen pykälän mukaan ”lääkärin on käyttäydyttävä kollegoitaan kohtaan asiallisesti, kohteliaasti ja hyviä käytöstapoja noudattaen”. Tämä koskee myös keskustelupalstoja. Kollegiaalisuusneuvosto (aiemmin luottamusneuvosto) on joutunut joskus puuttumaan asiaan. (Ks. **Lääkäri, julkinen esiintyminen ja sosiaalinen media**) ■*

Lisätietoja:

Mitä tapahtuu, kun lääkäri saa syytteen vakavasta hoitovirheestä? Mitä kannattaa tehdä? <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/rdquo-kerro-esimiehelle-ja-hanki-hyva-asianajaja-rdquo/>

Terveystieteiden valvonta. Valvira. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta>

Terveyspalvelujen ohjaus ja valvonta. Aluehallintovirastot. <http://www.avi.fi/web/avi/terveyspalvelujen-ohjaus-ja-valvonta>

Lääkäri, potilas ja kolmas osapuoli

Useimmat lääkärit työskentelevät erilaisissa terveydenhuollon organisaatioissa ja yhä harvemmat täysin itsenäisinä ammatinharjoittajina. Terveydenhuollon järjestämistavat ovat monipuolistuneet, ja yksityisen ja julkisen sektorin rajat ovat hämärtyneet muun muassa ulkoistusten, ostopalveluiden sekä kunnallisten liikelaitosten muodostumisen ja niiden yhtiöittämisen takia. Lisäksi yhä useammat lääkärit työskentelevät terveydenhuollon ulkopuolella asiantuntijatehtävissä, joihin ei liity potilaiden hoitoa. Potilas ja lääkäri eivät usein voi päättää hoidosta vain keskenään, vaan heidän on entistä useammin huomioitava erilaiset ”kolmannet osapuolet” ja niiden mielipiteet. Kun lääkäri hoitaa potilaita, lääkärin etiikan peruseriaatteet ovat samat organisaatiosta riippumatta. Erilaiset organisaatiot asettavat toiminnalle kuitenkin erilaisia reunaehtoja.

Yritystoiminnan ja sen kaltaisten toimintatapojen yleistyminen terveydenhuollossa lisää tarvetta kiinnittää huomiota lääkärin mahdolliseen esteellisyyteen. Lääkärien puolueettomuus on tärkeää terveydenhuollon uskottavuuden ja oikeudenmukaisuuden turvaamiseksi. Puolueettomuuden vaatimus on erityisen korostettu lääkärin toimiessa asiantuntijana, esimerkiksi laatiessa lausuntoja.

Tässä luvussa tarkastellaan yksityisen ja julkisen terveydenhuollon muuttuvia suhteita, lääkärin esteellisyyttä, suhdetta lääketieteelliseen, lääkäripalvelujen markkinointia sekä lausuntojen antamisen periaatteita. Toimintasektoreista tarkastellaan lääkäreitä vakuutuslaitoksissa, työterveyshuollossa, vankeinhoito- ja puolustusvoimissa.



Yksityinen ja julkinen terveydenhuolto

Julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa lääkärin tulee käyttää vain lääketieteellisen tutkimuksen ja kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä.

Lääkärien eettiset velvoitteet ovat samat sektorista riippumatta. Taloudelliset kannustimet, organisaatioiden resurssit ja potilaiden toiveet kuitenkin aiheuttavat eri sektoreilla erilaisia eettisiä haasteita.

Yksittäisen lääkärin on eri sektoreilla työskennellessään huolehdittava siitä, että hän toimii erilaisista kannusteista huolimatta aina lääkärin etiikan mukaisesti.

Terveydenhuolto voi olla julkista tai yksityistä rahoituksen, järjestämisen tai tuottamisen osalta. Suomen lainsäädäntö edellyttää maan julkisessa terveydenhuollossa pääosin julkista rahoitusta ja järjestämisvastuuta, mutta sallii rajoitetusti tuottamisen vapauden. Euroopassa erityisesti perusterveydenhuolto tuotetaan yleensä yksityisesti ja erikoissairaanhoitokin useissa maissa, vaikka yhteiskunta säätelee niiden järjestämistä ja rahoitusta tarkasti.

Suomen terveydenhuollossa on perinteisesti ollut selkeä jako julkiseen kunnalliseen sektoriin ja sairausvakuutuksen kautta osittain julkisesti korvattavaan yksityiseen sektoriin. Yksityinen sektori on osin täydentänyt julkisen sektorin palveluita, osin tuottanut merkittävän osuuden joidenkin erikoisalojen (esimerkiksi gynekologia, silmätaudit, psykiatria) ja suun terveydenhuollon palveluista. Osa julkisen sektorin palveluksessa olevista lääkäreistä on pitänyt osa-aikaista yksityisvastaanottoa. Tilanne on kuitenkin muuttumassa: yksityisen ja julkisen sektorin erottaminen toisistaan ei ole enää yhtä selkeää ja yksinkertaista, koska niiden yhteistoiminta lisääntyy.

Julkisessa terveydenhuollossa työskennellessään lääkäri on aiempaa useammin yksityisen yrityksen palveluksessa tai voi toimia jopa yksityisenä ammatinharjoittajana, kun kunnallinen

palveluiden järjestäjä vuokraa työvoimaa yksityisiltä yrityksiltä. Kunta voi esimerkiksi ulkoistaa terveysaseman yksityiselle yritykselle tai järjestämisvastuunsa takia tarjota palveluseleitä yksityisesti tuotettujen palvelujen hankkimiseen. Tilaa- ja tuottajatoiminnan erottaminen toisistaan näyttää yleistyvän julkisessa terveydenhuollossa. Terveyspalvelujen tuotantoa myös liikelaitostetaan ja yhtiöitetään. Julkiset tuottajat ovat lisäksi perustaneet yhtiömuotoisia tuotantoyksiköitä. Tällaisia ovat esimerkiksi Tekonivelsairaala Coxa Oy ja Hyksin Oy, jotka tuottavat myös yksityisesti rahoitettuja palveluja esimerkiksi vakuutusyhtiöille tai itse maksaville potilasasiakkaille.

Joulukuussa 2020 eduskunnalle annettu sote-lainsäädäntöehdotus (HE 241/2020) määrittelee tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalvelujen yleiset edellytykset. Esitys rajaa hyvinvointialueen tehtäviksi esimerkiksi järjestämisvastuuseen tai julkiseen hallintotehtävään liittyvät tehtävät sekä terveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen, eikä näitä voi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta.

On tarkoituksenmukaista puhua erikseen järjestämisestä, rahoituksesta ja tuottamisesta sen mukaan, mikä näistä toiminnoista on julkista, mikä yksityistä toimintaa. Julkisessa terveydenhuollossa potilaan maksuosuus määräytyy yleensä asiakasmaksulain perusteella. Tuottaja on julkinen, jos se on pääosin julkisesti omistettu.

Yksityisten ja julkisten tuottajien yhteistoimintaan terveydenhuollossa liittyy eettisiä haasteita, jotka todennäköisesti voimistuvat yhteistyön ja toimijoiden välisen kilpailun lisääntyessä. Kilpailun odotetaan parantavan terveydenhuollon tehokkuutta, lisäävän potilaan valinnanvapautta ja monipuolistavan palvelujen tarjontaa.

Yksityisten terveyspalveluita tuottavien yritysten siirtyminen lääkärin omistuksesta kansainvälisten sijoittajien omistukseen korostaa entisestään eettisten näkökulmien pohtimisen tärkeyttä.

JULKISEN JA YKSITYISEN TERVEYDENHUOLLON EETTISET HAASTEET

Lääkärin juridiset velvoitteet eroavat hieman toisistaan sen mukaan, toimiiko lääkäri julkisessa vai yksityisessä terveydenhuollossa, toimiiko hän virkamiehenä, itsenäisenä ammatinharjoittajana vai yksityisen yrityksen työntekijänä. Eettiset velvoitteet pysyvät samoina, mutta niiden toteuttamisen haasteet voivat olla erilaisia.

Lääkärin on työssään käytettävä vain lääketieteellisen tutkimuksen tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä. Eettinen haaste on noudattaa kansallisten hoitosuosituksen mukaisia hoitotapa- ja hoitokäytäntöjä sekä yksityisessä että julkisessa terveydenhuollossa. Kansalliset hoitosuositukset koskevat kaikkia potilaita. (Ks. [Tieteellinen näyttö ja hoitopäätökset](#)) Yksityisessä hoitopäätöksessä lääkäriellä on kliininen autonomia toimia potilaan parhaaksi ilman, että taloudelliset seikat johtavat epätarkoituksenmukaiseen hoidon valintaan. Lääkärin on pidettävä kiinni autonomiastaan päättää tutkimuksista ja hoidoista oman ammattietiikkansa mukaisesti riippumatta siitä, missä hän työskentelee. Lääkärin, hänen työnantajansa tai lääkärin muiden sidosryhmien taloudelliset intressit eivät saa ohjata hoitoprosessia epätarkoituksenmukaisesti. Yksityisessä terveydenhuollossa eettisiä haasteita voivat kuitenkin aiheuttaa potilaan maksukyvyistä johtuvat rajoitteet.

Julkisen terveydenhuollon resurssipaineet voivat johtaa hoitojen saatavuuden rajoittamiseen kustannussyistä. Lääkäri voi joutua eettiseen ongelmatilanteeseen, jos hän ei kykene hoitamaan potilaitaan niin hyvin kuin haluaisi, eikä niin hyvin kuin näkee oikeaksi yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. (Ks. [Potilas ja lääkäri muuttuvassa yhteis-](#)

kunnassa) Julkisen terveydenhuollon on pyrittävä turvaamaan riittävät hoitoresurssit. Sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa voimavarat ovat kuitenkin aina rajalliset, joten tämä hoitotapahtuman ulkopuolelta määrittyvä reunaehto joudutaan aina ottamaan huomioon jollakin tavalla. (Ks. [Priorisointi terveydenhuollossa](#))

Julkisessa terveydenhuollossa potilaiden painostus ja virheiden pelko voivat houkutellessa liiallisiin tutkimuksiin ja ylihoitoon, koska potilaan maksut eivät lisääny ylihoidosta. Yksityisessä terveydenhuollossa lääkärillä on moraalinen vastuu pitää kiinni lääketieteellisesti perustelluista hoitoindikaatioista ja hoidon laadusta, vaikka potilaskäyntien ja tutkimusten määrät vaikuttavat omaan, työnantajan ja lääkärikeskuksen tulovirtaan. On epäeettistä tehdä turhia tutkimuksia, toimenpiteitä ja potilaskäyntejä, vaikka se miellyttäisi sekä potilasta, lääkärää että työnantajaa. Myös tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden vaatimukset velvoittavat lääkäriä ottamaan huomioon, minkälaisia kustannuksia ja kenelle hänen päätöksistään seuraa. Tämä on tärkeää ottaa huomioon myös lääkärökunnan ja terveydenhuollon uskottavuuden sekä sairausvakuutusjärjestelmän kestävyuden vuoksi. Sama koskee yksityisellä vakuutusella korvattavaa hoitoa. Palvelujen liikakäytön vuoksi joissakin maissa on pyritty monin tavoin rajoittamaan lääkärin ja potilaiden autonomiaa. Suomessa tämä voidaan toivottavasti välttää toimimalla lääketieteellisesti perustellusti ja eettisesti oikein, edellä mainitut periaatteet huomioon ottaen.

Vaikea eettinen periaatekysymys on, pitäisikö potilaalla olla oikeus ostaa omalla kustannuksellaan mitä tahansa lääketieteellisesti tarpeettomia tutkimuksia tai toimenpiteitä. Tätä ei yleensä pidetä hyväksyttävänä muun muassa epätasa-arvon, terveydenhuollon resurssien tuhlaamisen ja medikalisaatiokehityksen vuoksi. Entistä haastavammaksi asian tekee terveydenhuollon markkinaehtoistuminen ja ihmisten autonomian korottaminen eettisesti tärkeimmäksi periaatteeksi. Kehitys ei ole lääketieteen tavoitteiden tai lääkärin etiikan mukaista, eikä lääkärin pitää edistää sitä toiminnallaan. (Ks. [Konsumerismi, Medikalisaatio](#))

Julkinen ja yksityinen terveydenhuolto suhtautuvat eri tavoin myös oikeudenmukaisuuteen. Julkisen terveydenhuollon tavoitteena on tuottaa kaikille tasa-arvoisesti heidän tarvitsemiaan palveluita. Yksityisessä terveydenhuollossa tämänkaltaista tavoitetta ei periaatteessa ole, sillä palvelut perustuvat potilaiden vapaaehtoiseen hoitoon hakeutumiseen. Käytännössä ero ei ole näin selvä, koska julkiset palvelut eivät aina ole riittäviä. Lisäksi sairausvakuutuskorvaukset sitovat yksityisen terveydenhuollon osaksi julkisesti rahoitettua terveydenhuoltoa. Yksityisen terveydenhuollon palvelut ovat potilaalle huomattavasti kalliimpia kuin julkiset, joten ne jakautuvat sosioekonomisesti epätasaisemmin. Ne jakautuvat myös maantieteellisesti epätasaisemmin. Koska terveystaloutta voidaan pitää ihmiselle välttämättömänä peruspalveluina, niiden mahdollisimman tasa-arvoinen jakautuminen on eettisesti perusteltua.

KILPAILU TERVEYDENHUOLLOSSA

Julkisessa terveydenhuollossa avoimen kilpailuasetelman syntymistä on rajoittanut julkisen toimijan – kunnan tai kuntayhtymän – toiminta samanaikaisesti sekä järjestäjänä ja rahoittajana että tuottajana. Käytännössä julkinen terveydenhuolto on ollut alueellaan monopolistinen toimija. Asetelmaa on muuttamassa kansalaisen itsemääräämisoikeuden korostuminen arvona. Potilaan valinnanvapautta lisätään, palveluseleitä otetaan käyttöön, julkisten palvelujen tilaaja ja tuottaja erotettaneen ja palveluiden tuotantoa ulkoistettaneen entistä enemmän. Kilpailu julkisessa palvelutuotannossa lisääntynee entisestään. Tuottajien välinen taloudellinen kilpailu on voimistunut myös työterveyshuollossa ja yksityisesti rahoitetussa terveydenhuollossa.

Palvelujen tuottajien välisen kilpailun lisääntymiseen liittyy terveyspalvelujen erityisen luonteen takia hyötyjen lisäksi erityisongelmia, jotka koskevat sekä yksityisiä että julkisia tuottajia. Terveyspalveluja ei voi ongelmitta rinnastaa muihin palveluihin ja tuotteisiin vapailla markkinoilla, koska

- Potilaan luottamus lääkäriin perustuu siihen, että lääkäri sitoutuu moraalisesti käyttämään ammattitaitoaan potilaan parhaaksi eikä ensisijaisesti omaksi tai edustamansa organisaation eduksi.
- Terveyspalvelut ovat palveluita, jotka voivat olla ihmisille elintärkeitä ja joiden saamisen voidaan katsoa kuuluvan ihmisoikeuksiin.
- Terveyspalveluiden kustannuksista huomattava osa katetaan julkisista varoista.
- Terveyspalvelut on turvallisuuskriittinen toimiala, jossa huonolaatuisilla palveluilla voi olla potentiaalisesti hyvin negatiivinen vaikutus potilaiden terveyteen.
- Hoitoprosessit ovat monesti pitkiä ja vaativat useiden tuottajien välistä saumatonta yhteistoimintaa.

Jos kilpailuajattelu viedään terveydenhuollossa liian pitkälle, on riskinä, että syntyy hoidon laatua ja tehokkuutta heikentäviä eettisiä vinoutumia. Tämä voi ilmetä palveluiden ylitarjontana tai tarpeettomien palveluiden tuottamisena. Toisaalta kilpailu voi johtaa huonolaatuisiin ja riittämättömiin palveluihin – alihoitoon – kun taloudellisen voiton tavoittelusta seuraa liian tiukka kustannusten minimointi. Hoidon jatkuvuus ja potilaiden oikeus valita lääkärinsä voivat kärsiä, kun valitaan halvimmat potilaskäynnit lupaava tuottaja. Potilaiden luottamus lääkäreihin ja lääkärien sitoutuminen työhönsä rapautuvat, jos työn päämotivaationa ovat – tai edes kuvitellaan olevan – vain taloudelliset seikat. Siksi terveydenhuollon kilpailun on perustuttava terveydenhuollon perusarvoihin eikä puhtaasti kustannustekijöihin tai voiton tavoitteluun.

Suomen Lääkäriliiton vahvistamat lääkärien kollegiaalisuus- ja markkinointiohjeet pyrkivät ehkäisemään epätertettä kilpailua. Markkinointiohjeet ovat myös Hammaslääkäriliiton vahvistamat. Näiden ohjeiden on tarkoitus toimia eräänlaisina reilun pelin sääntöinä ja yhteisesti sovittuina kilpailunrajoituksina. ■

Lisätietoja:

Pasternack A. Lääkärintyö muuttuu – miten käy profession? Duodecim 2003;119:689–90.

Saarni S, Vuorenkoski L. Terveydenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. Duodecim 2003;119(10):993–1000.

Suomen Lääkäriliitto: Kollegiaalisuusohjeet. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/kollegiaalisuusohje/>

Suomen Lääkäriliitto: Lääkäreitä ja lääkärinpalveluja koskevat markkinointiohjeet. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/laakareita-ja-laakarinpalveluita-koskevat-markkinointiohjeet/>

Lääkärin esteellisyys

Jokaisen hallintoasioiden käsittelyyn osallistuvan lääkärin velvollisuus on ensisijaisesti itse arvioida, onko hänen asemansa tai toimintansa julkisen terveydenhuollon virkatehtävien ulkopuolella sellaista, että luottamus hänen puolueettomuuteensa viranomaistoiminnassa ei vaarannu.

Esteellisyys tarkoittaa paitsi velvollisuutta myös oikeutta pidättäytyä toimista, joissa hän voi olla esteellinen. Jos lääkäri toimii johtavassa ja tulosvastuullisessa asemassa, esteellisyysnäkökohtiin on kiinnitettävä erityistä huomiota.

Terveystieteiden palvelujen tarjonta on kasvanut ja monipuolistunut, ja lääkärit tekevät työtään erilaisissa työyhteisöissä ja toimintamalleissa. Lääkäri voi toimia virkälääkärinä kunnallisessa tai valtion virassa, työsuhteisena, ammatinharjoittajana, ostopalvelusuhteessa tai konsultoitavana lääkärinä. Varsinaisen virkatyön lisäksi lääkärit perinteisesti pitävät yksityisvastaanottoa ja heillä saattaa olla muita sivutoimia. Kytökset esimerkiksi lääketehtävien tai konsulttiyrityksiin tai muihin kaupallisiin toimijoihin voivat asettaa lääkärin aseman ja objektiivisuuden tarkasteltavaksi. Siten on luonnollista, että lääkäri joutuu yhä useammin arvioimaan esteellisyyttä ja siihen liittyviä pulmia. Esteellisyyden arviointi on sekä eettinen että juridinen kysymys.

Suoranaisen esteellisyyden lisäksi on syytä arvioida myös sidonnaisuuksia eri tahoihin tai muutoin toimintaa, joka saattaa herättää arvostelua. Siksi esteellisyyden lisäksi on hyvä kiinnittää huomioita myös sidonnaisuuksien ilmoittamiseen koulutuksissa ja muissa esiintymisissä. Näin rakennetaan luottamusta ja hälvennetään mahdollisia epäluuloja.

Suomen Lääkäriliitolla on ohjeet esteellisyydestä, mutta myös ohjeet toiminnasta kaupallisten yritysten kanssa. Ohjeet soveltuvat myös hammaslääkäreille. Lisäksi eri toimijoilla on sidonnaisuuksien ilmoittamiseen liittyviä omia ohjeistuksia ja suosituksia. Niihin kaikkiin kannattaa tutustua etukäteen – jo ennen mahdollisen esteellisyyden syntyä.

Tässä artikkelissa tarkastellaan esteellisyyttä hallintolain (434/2003) näkökulmasta. Esteellisyyssäännösten tarkoituksena on turvata julkisessa virassa tai toimessa olevan henkilön puolueeton ja riippumaton toiminta. Juridisessa mielessä lääkärin esteellisyydellä tarkoitetaan lääkärin virkatehtäviin kuuluvissa hallinnollisissa tehtävissä syntyvää jääviyttä. Jääviydellä tarkoitetaan sitä, että lääkäri on käsiteltävään asiaan tai sen asianosaisiin sellaisessa suhteessa, että se saattaa vaarantaa hänen puolueettomuutensa.

Jokaisen hallintoasioiden käsittelyyn osallistuvan lääkärin velvollisuus on ensisijaisesti itse arvioida, onko hänen asemansa tai toimintansa julkisen terveydenhuollon virkatehtävien ulkopuolella sellaista, että luottamus hänen puolueettomuuteensa viranomaistoiminnassa ei vaarannu. Esteellisyys tarkoittaa paitsi velvollisuutta myös oikeutta pidättäytyä toimista.

Esteellisyys voi tulla eteen monissa tilanteissa ja lääkärin on lähtökohtaisesti itse arvioitava asemansa ja toimintansa puolueettomuus. Epäselvässä tilanteessa on syytä jäädä itsensä tai pyytää muiden arviota asiasta. Erityistä huomiota esteellisyysnäkökohtiin tulee kiinnittää, jos lääkäri on tulosvastuullisesti päättävässä asemassa.

HALLINTOLAIN ESTEELLISYSSÄÄNNÖKSET

Vaikka lääkäri on virkamies toimiessaan julkisen viran haltijana, ei terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettuun tavanomaiseen lääkärin ammattityöhön juurikaan liity sellaisia hallinnollisia päätöksiä, joita tehtäessä olisi suoraan sovellettava hallintolain esteellisyssäännöksiä (poikkeuksena esimerkiksi mielenterveyslain mukainen hoitoon määrääminen). Sen sijaan esteellisyssäännöksillä on merkitystä, jos lääkäri toimii virassa, johon kuuluu julkisen päätösvallan käyttöä esimerkiksi taloudellisissa asioissa.

- Hallintolain mukaan virkamies ei saa osallistua asian käsittelyyn tai päätöksentekoon, jos hän on esteellinen.
- Esteellinen virkamies ei saa osallistua myöskään asian valmisteluun, esimerkiksi lausuntojen pyytämiseen tai selvitysten hankkimiseen.
- Esteellisyssäännökset koskevat myös toimielinten jäseniä ja muita asian käsittelyyn osallistuvia.
- Esteellisen henkilön läsnäolo asiaa käsiteltäessä päätöksentekokielimissä ei ole hyväksyttävää, sillä se saattaa vaikuttaa muiden jäsenten kannanottoihin.

Esteellisyys syntyy, jos henkilö itse tai hänen läheisensä on käsiteltävään asiaan kytköksissä sillä tavoin, että hänelle on asiasta odotettavissa erityistä hyötyä tai vahinkoa. Kysymys voi olla palvelussuhteesta tai toimeksiantosuhteesta, hallituksen tai vastaavan toimielimen jäsenyydestä tai toimitusjohtajana toimimisesta tai muusta syystä, jonka takia henkilön puolueettomuus vaarantuu.

Hallintolaissa on yksityiskohtaisesti määritelty esteellisyysperusteet ja myös se, mitä tarkoitetaan läheispiirillä. Esteellisyttä koskevat säännökset ovat sitä tiukemmat, mitä lähemmästä sukulaisuussuhteesta on kysymys.

Yleensä virkamies ratkaisee itse kysymyksen esteellisyydestään. Monijäsenisen toimielimen jäsenen tai esittelijän esteellisyydestä päättää kuitenkin toimielin. Esteellisyyttä koskeva kysymys on ratkaistava viivytyksettä.

SIVUTOIMI JA ESTEELLISYYS

Esteellisyys voi tulla arvioitavaksi lääkärin sivutoimien takia. Tällöin kysymys on esimerkiksi siitä, aiheutuuko sivutoimen harjoittamisesta työnantajalle vahinkoa. Kunnallisen viranhaltijalain (304/2003) mukaan viranhaltija ei saa ottaa vastaan eikä pitää sellaista sivutoimintaa, joka edellyttää työajan käyttämistä sivutoimeen kuuluvien tehtävien hoitamiseen, ellei työnantaja hakemuksesta myönnä siihen lupaa. Lupa voidaan antaa myös määräajaksi ja rajoitettuna. Se voidaan peruuttaa, kun siihen on syytä. Jos sivutoimeen ei käytetä työaikaa, sivutoimilupaa ei tarvita, mutta viranhaltijan on tehtävä työnantajalle ilmoitus sivutoimesta.

Sivutoimiluvan myöntämistä harkittaessa on otettava huomioon, että viranhaltija ei saa sivutoimen vuoksi tulla esteelliseksi tehtävässään. Sivutoimi ei myöskään saa vaarantaa luottamusta hänen tasapuolisuuteensa tehtävän hoidossa tai muuten haitata tehtävän asianmukaista hoitamista. Sivutoimena ei saa harjoittaa sellaista toimintaa, joka kilpailevana toimintana ilmeisesti vahingoittaa työnantajaa. Viime kädessä arvioidaan tapauskohtaisesti, voiko toiminta vaarantaa luottamusta tai aiheuttaa työnantajalle vahinkoa.

Tavanomainen sivutoiminen yksityislääkäritoiminta ammatinharjoittajana on sen luonteista, että se ei aiheuta esteellisyyttä eikä työnantajalla yleensä ole perustetta kieltää sitä.

Erityistä syytä on kuitenkin kiinnittää huomiota hallinnolliseen päätöksentekomenetelyyn ja tulostavasti toimintaan osallistuvien lääkärin asemaan esimerkiksi päätettäessä ostopalveluista. Lääkäri ei saa olla hallituksen, hallintoneuvoston tai niihin rinnastettavan toimielimen jäsenenä taikka toimitusjohtajana tai sitä vastaavassa asemassa yrityksessä, joka pysyvästi harjoittaa ostopalvelutoimintaa sairaalan tai terveyskeskuksen kanssa.

Myös väestövastuussa tai muussa julkisessa virassa toimivan lääkärin esteellisyys saattaa tulla arvioitavaksi, kun kysymys on potilaiden hoitoon ohjaamisesta. Lääkärin ei pidä ohjata potilasta yksityisvastaanotolle siten, että tämä toiminta on ristiriidassa hänen virkavelvollisuuksiensa kanssa. Potilaalla tulee kuitenkin olla oikeus valita häntä hoitava lääkäri. Se, milloin ristiriita tällaisessa toiminnassa on olemassa, on arvioitava tapauskohtaisesti. Myös potilaan sairaalaan tai poliklinikalle ottaminen tulee järjestää yhtäläiseen hoidon tarpeeseen pohjautuvien periaatteiden mukaan niin, ettei kukaan lääkäri osallistu itse lähettämiensä potilaiden hoitoon ottamista koskevaan päätöksentekoon.

Jos esteellisyys on pysyvää, lääkärin pitää oma-aloitteisesti luopua sellaisesta asemasta tai virka- tai työtehtävien ulkopuolisista tehtävistä, jotka aiheuttavat esteellisyyden. Epäselvissä tapauksissa asia pitää selvittää esimiehen tai sairaalan tai terveyskeskuksen johdon kanssa.

Potilastapaus

Sairaanhoitopiirin alueella toimiva kuntayhtymä kilpailuttaa kuvantamistutkimukset. Radiologi työskentelee päivirassa paikallisessa keskussairaalassa ja sivutoimisena yksityislääkärinä lääkäriasemalla. Kumpikin jättää tarjouksen. Jos yksityinen lääkäriasema voittaa kilpailun, voiko radiologi edelleen toimia siellä ja katsotaanko tämä kilpailuksi virkatyönantajaa vastaan? ■

Lisätietoja:

Lääkäreiden esteellisyysohje. Suomen Lääkäriliitto: <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/laakareiden-esteellisyysohje/>

Lääkäri lausunnonantajana

Lausunnonantajan on esitettävä omat havaintonsa ja päätelmänsä puolueettomasti riippumatta siitä, kuka lausunnon on pyytänyt ja mitä tarkoitusta varten se laaditaan. Lääkäri vastaa aina siitä, että lausunnossa esitetyt tiedot ovat oikeat ja että johtopäätökset ovat perusteiltaan kestävät.

Kun potilas pyytää hoitosuhteen perusteella lausuntoa jonkin lakisääteisen edun saamiseksi, pitää lääkärin se yleensä hänelle antaa edellyttäen, että lääkäri on tarvittava ammatillinen pätevyys lausunnon laatimiseksi ja että lääkäri voi perustaa lausunnon omiin havaintoihinsa sekä mahdollisesti käytössään oleviin luotettaviin asiakirjoihin.

Tässä kirjoituksessa lääkärin todistamisen asiakirjasta käytetään selvyden vuoksi yleisnimeä lääkärinlausunto. Lääkärintodistuksen laatimisessa käytetään samoja periaatteita. Lausuntojen kirjoittamisessa yhdistyvät toisaalta potilaan oikeusturvan ja toisaalta lääkärin työn organisoimien haasteet. Siksi lausunnon kirjoittaminen edellyttää riittävän osaamisen lisäksi aikaa, jotta lausunnot tehdään tavalla, joka täyttää niille asetetut kriteerit. Jos lausunto jää huonolaatuiseksi, se voi johtaa lausunnon pohjalta tehtävään virheelliseen ratkaisuun.

Lääkärinlausuntoa tarvitaan yleensä sairauden, vian tai vamman todentamiseen ja niihin liittyvien etuuksien hakemiseen. Lääkäri voi kuitenkin joutua lausunnonantajaksi myös esimerkiksi potilaan hakiessa raskaudenkeskeytystä, ampuma-aselupaa, ajo-oikeutta tai terveydentilaselvitystä jottain muuta syytä varten. Lääkärin on hyvä tuntea asiaa koskevat säännökset, jotta hän pystyy toisaalta ymmärtämään potilaansa odotuksia ja vaatimuksia ja toisaalta vahvistamaan lausunnon merkitystä asian käsittelyssä ja päätöksen valmistelussa. Suomen Lääkäriliitto on laatinut lääkärintodistuksia ja -lausuntoja koskevat ohjeet, jotka sisältävät kantavat periaatteet ja yleiset suositukset lääkärinlausuntojen kirjoittamisesta. Ohjeet soveltuvat hyvin myös hammaslääkärien käyttöön.

Lääkärin laatiman lausunnon on oltava muodoltaan ja sisällöltään asianmukainen, ja sen on vastattava käyttötarkoitustaan. Lääkärinlausunnon tietojen pitää olla riittäviä päätöksentekoon ilman, että lääkäriä tai potilasta tarvitsee erikseen kuulla. Määrämuotoinen eli kunian ja omantunnon kautta vakuutettu lääkärinlausunto voi korvata valahtoisen todistamisen oikeudessa tai viranomaismenettelyssä.

LAUSUNNON LAATIMINEN

Lääkärinlausunnon tulee perustua tietoihin, joiden paikkansapitävyydestä lääkäri itse on vakuuttunut. Lääkäri voi myös joutua arvioimaan lääkärinlausunnon antamista pelkästään sairauskertomusten tai etävastaanoton perusteella.

Lääkärin tulee todistuksessaan nimenomaisesti todeta, mihin tietolähteisiin lausunto perustuu, ovatko tiedot yhdensuuntaisia ja mitä virhelähteiden mahdollisuuksia niihin sisältyy. Lausunto ei saa nojata yksinomaan pyytäjän kertomukseen vaan pääasiassa lääkärin omiin tietoihin, kuten omakohtaisiin havaintoihin, laboratorio- tai kuvantamislöydöksiin ja potilasasiakirjoista hankittuihin tietoihin. Lausuntoon on sisällytettävä kaikki sen perusteella tehtävien johtopäätösten kannalta olennaiset tiedot. Siitä ei saa tietoisesti jättää pois asioita,

jotka voivat vaikuttaa lausunnon pohjalta tehtäviin ratkaisuihin. On kuitenkin muistettava, että päätöksenteolle epäolennaiset tiedot voivat myös haitata päätöksentekoa.

Potilastapaus

Lääkärin vastaanotolle hakeutuu aamulla henkilö, joka on loukannut itsensä edellisenä yönä. Esitietoja selvitettyä käy ilmi, että potilas on ollut humalassa tapaturman sattumassa ja että päihtymystilalla on mitä ilmeisimmin osuus tapaturmaan. Tutkittaessa potilas vaikuttaa edelleen olevan alkoholin vaikutuksen alainen. Pitäisikö potilas puhallutetaan? Pitäisikö alkoholin käyttöä kirjata sairauslomatodistukseen? Kenen etuja lääkäri ajaa, ja missä roolissa hänen pitäisi sairauslomatodistus kirjoittaa? Ovatko asiantuntijan rooli ja potilaan auttajan rooli ristiriidassa?

Lausuntoa laatiessaan lääkäri toimii asiantuntijana asiassa, jossa on useita osapuolia (potilas, viranomainen, oikeuslaitos, vakuutusyhtiö, työnantaja), joiden intressit saattavat olla erilaiset tai jopa vastakkaiset. Lääkärin on toimittava tehtävässään puolueettomasti riippumatta siitä, kenen pyynnöstä tai toimeksiannosta ja mitä tarkoitusta varten lausunto laaditaan. Hän esittää lausunnoissaan omat havaintonsa ja päätelmänsä, joilla hän katsoo olevan merkitystä päätöksenteossa. Lääkäri ei kuitenkaan päättää etuuden myöntämiseen tai hylkäämiseen voivat vaikuttaa monet muutkin asiat kuin kirjoitettu lausunto, joka on yksi päätöksentekoon tarvittava asiakirja.

Potilaalla voi olla epärealistinen käsitys niin omasta tilastaan kuin niistä etuuksista, joihin sairaus, vika tai vamma hänet oikeuttavat. Jos lääkärin toteamien löydösten ja etuuden saamisen perusteiden välillä on epäsuhta, lääkärin on rohjettava ilmaista se potilaalleen. Potilaan päätettäväksi jää, haluaako hän tämän tiedon saatuaan hakea etuutta. Potilaan edun mukaista on, että lääkäri ilmaisee hänelle puolueettoman asiantuntijan mielipiteensä tilanteesta myös silloin, kun se ei vastaa potilaan odotuksia. Tämä voi estää vuosia jatkuvan valituskierteen, katkeroitumisen ja hoitosuhteen häiriön. Lääkäri on lausuntoa laatiessaan asiantuntija, ei potilaansa asianajaja. Toisaalta lääketieteellinen tieto on usein myös epävarmaa ja tulkinnanvaraista, joten samoista havainnoista voidaan päätyä erilaisiin johtopäätöksiin. Lausunnonantajan ja etuuksista päättävän käsitykset lainsäädännön tai vakuutusehtojen soveltamisesta voivat myös poiketa toisistaan.

Laatiessaan lausunnon oikeudenkäyntiä varten, lääkärin on pidettävä mielessään myös vastapuolen oikeusturva. Esimerkiksi lapsen huoltajuutta koskevissa kiistoissa lääkärin on muistettava objektiivisuus ja puolueettomuus: lääkärin on ilmaistava selkeästi lausunnoissaan, perustuuko hänen lausuntonsa vain yhden osapuolen kertomukseen ja tutkimiseen, vai onko hän lausuntoaan laatiessaan kuullut muita asianosaisia.

Lääkärin asemaan lausunnon laatijana liittyy eettismoraalisia velvoitteita paitsi potilasta myös yhteiskuntaa ja muita kansalaisia kohtaan. Hoitaessaan potilasta lääkäri on velvollinen toimimaan tämän eduksi. Laatiessaan lausuntoa asiantuntijana lääkäri voi joutua esittämään sellaista, joka ei vastaa potilaan etua tai toiveita. Toisaalta lääkärin on voitava luottaa siihen, että hänen huolella laatimaansa lausuntoon suhtaudutaan sen ansaitsemalla vakavuudella asian käsittelyssä.

Jos potilas saa omasta tai lausunnon laatineen lääkärin käsityksestä poikkeavan päätöksen, häntä voidaan auttaa opastamalla muutoksenhaussa. Tämä on olennainen osa potilaan oikeusturvaa. Muutoshakemuksen tueksi voidaan laatia uusi lausunto, jos se on tarpeellista. Lausuntoa ei saa tarkoitushakuisesti muuttaa erilaisen ratkaisun saamiseksi.

KENELLE LAUSUNTOJA ANNETAAN?

Jos lääkärinlausuntoa pyytää joku muu kuin potilas itse, pitää tietojen luovuttamisen perustua potilaan nimenomaiseen suostumukseen tai nimenomaiseen lain säännökseen. Tällainen tilanne voi syntyä esimerkiksi vakuutusyhtiön pyytäessä tietoja potilaan terveydentilasta. Tietoja voidaan pyytää lausunnon muodossa tai potilasasiakirjajäljennöksinä. Suomen Lääkäriliiton suosituksen mukaan tiedot vakuutusyhtiöille on annettava yleensä lääkärinlausunnon muodossa, ellei erityislainsäädännössä ole säädetty menettelystä toisin. Lausuntoon on tällöin sisällytettävä kaikki päätöksenteon kannalta olennaiset tiedot. Jos tiedot pyydetään potilasasiakirjajäljennöksinä, lääkärin on poistettava asiakirjoista muut kuin asian käsittelyn kannalta merkittävät tiedot. Vastuu tietojen antamisesta on tiedot luovuttaneella tai siihen luvan antaneella lääkärillä.

VOIKO LÄÄKÄRI KIELTÄYTYÄ LAUSUNNON ANTAMISESTA?

Lainsäädännöstämme ei löydy selviä säännöksiä lausunnon kirjoittamisvelvollisuudesta, lukuun ottamatta kuolintodistuksia ja eräitä muita viranomaistehtäviä. Terveystieteiden lain 22 §:n perusteella kunta on kuitenkin velvollinen huolehtimaan siitä, että sen asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun todistuksen tai lausunnon tarve perustuu lakiin, taikka on asukkaan tai potilaan hoidon, toimeentulon, opiskelun tai muun vastaavan syyn kannalta välttämätöntä.

Kun potilas pyytää hoitosuhteen perusteella lausuntoa jonkin lakisääteisen edun saamiseksi, pitää lääkärin se yleensä hänelle antaa edellyttäen, että lääkärillä on tarvittava ammatillinen pätevyys lausunnon laatimiseksi ja että lääkäri voi perustaa lausunnon omiin havaintoihinsa sekä mahdollisesti käytössään oleviin luotettaviin asiakirjoihin.

Lääkäri voi katsoa, ettei pyydetty lausunto ole tarpeellinen, se ei riitä potilaan hakeman etuuden saamiseen, tai se on potilaan kannalta jopa epäedullinen. Jos potilas asiaa koskevan selvityksen saatuaan katsoo lausuntoa tarvitsevänsä, on lääkärin tarpeettomaksi arvioima lausunto syytä kirjoittaa. Lääkäri kuitenkin päättää todistuksen sisällön, eikä potilaalla ole oikeutta vaikuttaa lääkärin tekemiin johtopäätöksiin. Lääkärin on lausunnossaan ilmaistava sekä havaitsemansa löydökset että oma käsityksensä potilaan tilanteesta. Jos lääkäri ei havaintojensa ja käytettävissään olevien tietojen perusteella katso voivansa tehdä potilaan tarvitsemaa lausuntoa, potilas voidaan ohjata yksikköön, jossa lausunnon laatimiseen tarvittavat tiedot mahdollisesti ovat käytettävissä.

Lääkärikunnassa on keskusteltu paljon siitä, että lääkäreille sälytetään velvoitteita kirjoittaa todistuksia ja lausuntoja asioista, joita lääkäri vastaanotollaan ei pysty todentamaan tai joiden todistamiseen ei välttämättä lääkärin ammattitaitoa tarvita. Lääkärien olisikin tärkeää osallistua yhteiskunnalliseen keskusteluun siitä, miten lääkärikunnan ammattitaitoa käytettäisiin parhaiten yhteiskunnan ja potilaiden hyödyksi. ■

Lisätietoja:

Suomen Lääkäriliiton ohjeisto lääkärintodistusten kirjoittamisesta (2016), suositus potilastietojen luovuttamisesta vakuutusyhtiöille (2016) ja etälääketieteen suositus (2016).

Tiililä U. Auttajista lausuntoautomaateiksi? Lääkäreillä keskeinen rooli etuuksista päätettäessä. *Duodecim* 2008;124(8):896–901.

Lääkäri ja teollisuus

Avoimuus ja pyrkimys riippumattomuuteen ovat tärkeitä lääkärien ja teollisuuden välisessä yhteistyössä, jotta luottamus lääkäriin potilaan hoitajana ja oikeudenmukaisena yhteiskunnallisena toimijana ei vaarannu. On myös tärkeää, että lääkärit ovat tietoisia keinoista, joilla heihin yritetään vaikuttaa.

Suomen Lääkäriliitto on antanut ohjeet käytännön pelisäännöistä lääkärien ja lääketeollisuuden yhteistyössä. Keskeistä on, että lääketeollisuuden tukemassa koulutuksessa ohjelma on rakennettu riippumattomasti vastaamaan lääkärien ammatillisia tarpeita.

Lääkärien ja teollisuuden toimiva suhde on tärkeä potilaita hyödyttävän tutkimustyön ja tuotekehityksen varmistamiseksi. Lääkärit tarvitsevat yhä enemmän modernin lääketeollisuuden sekä instrumentti- ja implanttiteollisuuden tuotteita potilaidensa auttamiseksi. Teollisuudella on myös merkittävä rooli lääkärien täydennys- ja jatkokoulutuksen rahoittajana.

Lääkärin ja teollisuuden suhde voi olla eettisesti ongelmallinen useasta syystä. Lääkärit ovat teollisuuden tuotemarkkinoinnin ja tuotteiden myynnin keskeinen kohderyhmä. Lääketieteen eri alojen johtavat asiantuntijat ovat erityisen tärkeä kohderyhmä. Riskinä on, että lääkärien hoitokäytännöt ohjautuvat markkinoinnin vaikutuksesta lääketieteellisesti perustelemattomalla tavalla. Tutkimusten mukaan markkinoinnilla on vaikutusta lääkkeiden määräämiskäytäntöihin ja pienetkin lahjat ovat vaikuttavia. Yksittäisen lääkärin tai koko lääkärikunnan asema ja uskottavuus voi kärsiä liiallisten markkinointiin liittyvien etujen vastaanottamisesta. Lääkäri voi lääketeollisuuden palveluksessa työskennellessään myös kokea ristiriitaisia velvollisuuksia tai esteellisyysongelmia.

Lääkärien ja teollisuuden yhteistyön avoimuus on keskeisen tärkeää, jotta luottamus lääkäriin potilaan hoitajana ja oikeudenmukaisena yhteiskunnallisena toimijana ei vaarannu. Lääkärin ja lääkeyritysten yhteistyön ja taloudellisten suhteiden on syytä olla sen laatuiset, että ne kestävät julkisen tarkastelun. Yhteistyön ja taloudellisten suhteiden piilottaminen on omiaan luomaan epäluottamusta lääkärin ja lääketeollisuuden välillä. Lääkärit ja kaupalliset yritykset -ohjeen (Suomen Lääkäriliitto) mukaan taloudelliset sidonnaisuudet on syytä ilmoittaa mm. julkaisujen ja luentojen yhteydessä.

Lääketeollisuus ry:n eettisten ohjeiden mukaisesti lääkeyritykset nykyisin dokumentoivat ja julkistavat taloudelliset etuudet, jotka ne kohdistavat terveydenhuoltoalan organisaatioille ja ammattilaisille. Lääkeyritykset julkistavat kerran vuodessa yksilötasoiset tiedot edellisen vuoden annetuista taloudellisista etuuksista.

Antaessaan taloudellisen etuuden mukaisesti lääkeyrityksen tulee pyytää etuuden saajalta suostumus tietojen julkistamiseen. Suostumuksen antamisesta ei ole syytä kieltäytyä kuin erittäin poikkeuksellisissa tilanteissa. Julkistamisen kieltäminen voidaan julkisuudessa tulkita signaaliksi siitä, että yksittäiseen etuuteen tai laajemmin lääkärin ja lääketeollisuuden suhteeseen liittyy ongelmallisia elementtejä. Mikäli lääkäri arvioi tiedon julkistamisen olevan ongelmallista, hänen on syytä harkita taloudellisen etuuden vastaanottamisen tarkoituksenmukaisuutta.

LÄÄKÄRIT JA MARKKINOINTI

Teollisuuden harjoittama markkinointi on lääkäreille merkittävä tapa saada tietoa uusista tuotteista. Mikäli lääkäri ei suhtaudu markkinointiin ja teollisuuden tarjoamaan informaation riittävän ammatillisesti ja kriittisesti, on vaarana, että lääkekustannukset kasvavat perusteetta. Uudet ja kalliimmat valmisteet eivät välttämättä ole merkittävästi parempia kuin vanhat. Lääkkeiden käyttö voi myös lisääntyä ilman lääketieteellisiä perusteita, tai lääkkeitä aletaan käyttää tarkoituksiin, joihin niitä ei välttämättä tarvittaisi. Lääkäriin tulee suhtautua kriittisesti lääketieteen toiminta-alueen laajentamiseen ja lääketieteellisten ratkaisujen tarjoamiseen sellaisiin ongelmiin, jotka voidaan ratkaista muilla tavoin. (Ks. Medikalisaatio)

Lääkäriin on koulutuksensa perusteella tarkkaan punnittava ja arvioitava markkinointi-informaation luotettavuus ja uusien tuotteiden hyödyllisyys potilaalle. Hoitopäätökset tulee tehdä aina yksinomaan potilaan etua ajatellen, ja tieto uusien lääkkeiden ja muiden uusien tuotteiden vaikutuksista tulee hankkia puolueettomista lähteistä. Ratkaisuihin on otettava huomioon myös hinta. Terveystieteiden rajallisten varojen käyttö uusimpiin ja kalleimpiin lääkkeisiin ei aina ole tehokkain tapa edistää potilaiden terveyttä. Lääkäriin on ajateltava potilaiden etua kokonaisuutena ja muistettava, että teollisuuden markkinointi on luonnollisista syistä hyvin lääk- ja välinekeskeistä.

Suomen Lääkäriliitolla on selkeät ohjeet lääkäreiden ja teollisuuden yhteistyöstä. Niissä määritellään lääkemarkkinointitilaisuuksien ja lääketieteellisten järjestämien koulutustilaisuuksien käytännön ehdot. Lääkäriliiton ohjetta vastaavat yhteistyön pelisäännöt on vahvistettu myös lääketieteellisten omissa markkinointiohjeissa sekä lääkelaisissa (395/1987) ja lääkeasetuksessa (693/1987), jotka asettavat lääkärille myös juridisen vastuun sopimattoman markkinoinnin vastaanottamisesta. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea valvoo lääkemarkkinointia, muun muassa sen kohderyhmää ja oikeaa tietosisältöä sekä vieraanvaraisuuden kohtuullisuutta.

Liiton ohjeiden mukaan lääkärit saavat ottaa vastaan mainoslahjan yritykseltä, mikäli lahja ei liity lääkemääräystä edellyttävään lääkkeeseen, lahjan arvo on nimellinen, se on vastaanottajalle taloudelliselta merkitykseltä vähäinen ja se liittyy ensisijaisesti lääkärin ammatinharjoittamiseen. Lahjan tarkoitus ei saa olla se, että lääkäri määräisi tiettyä lääkettä, käyttäisi tiettyjä välineitä tai materiaaleja eikä se, että lääkäri ohjaisi potilaita määrättyyn hoitopaikkaan vastineeksi lahjasta. Lääkäriin on hyvä suhtautua kriittisesti kaikkiin tarjottuihin lahjoihin.

Lääketeollisuuden markkinointiohjeissa linjataan muun muassa, että terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluville ei saa tarjota tai muuten antaa suoraan eikä peitellysti taloudellisia kannustimia ja houkuttimia. Terveystieteiden henkilöstöön kuuluvien tai näiden yhteenliittymien harrastustoiminnan tukeminen on kiellettyä.

Lääketeollisuuden rooli lääkäreiden jatko- ja täydennyskoulutuksessa on yhä hyvin tärkeä, vaikka vuonna 2003 säädetty asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003) määrittää koulutuksen järjestämisen työnantajan vastuulle. Tämän takia lääkärin tulee kiinnittää huomiota koulutuksen laatuun ja riippumattomuuteen. Riippumaton koulutus takaa edellytykset riippumattomalle ammattikunnalle. On huolestuttavaa, jos organisaation täydennyskoulutus perustuu merkittävästi kaupallisten tahojen suoraan tai välillisesti rahoittamaan koulutukseen. Lääkäreiden ammatillisen kehittymisen tuki (Pro Medico) on pyrkinyt parantamaan koulutuksen laatua ja riippumattomuutta ja on antanut asiaa koskevan suosituksen.

LÄÄKÄRI TEOLLISUUDEN PALVELUKSESSA

Lääketeollisuuden palveluksessa oleva lääkäri voi kohdata hankalia velvollisuuksien ristiriitoja, jos kaupallinen ja terveydellinen hyvä, yrityksen toimintatavat ja lääkärin etiikka joutuvat ristiriitaan. Lääkärin eettiset velvoitteet koskevat kaikkia lääkäreitä riippumatta heidän työnantajastaan.

Lääkäri voi toimia kaupallisen yrityksen konsulttina, kouluttajana tai neuvottelukunnan jäsenenä, mikäli toiminta ei vaaranna lääkärin objektiivisuutta eikä ole ristiriidassa niiden velvollisuuksien kanssa, jotka lääkäriellä on potilasta kohtaan. Toiminta ja muut suhteet kaupalliseen yritykseen on julkistettava täydellisesti aina, kun tämä on tarpeellista, esimerkiksi luentojen, artikkeleiden ja raporttien yhteydessä. Konsultoinnin pelisääntöjä on tarkemmin avattu Lääketeollisuuden eettisissä ohjeissa. Lääketieteelliset lehdet ovat olleet edelläkävijöitä vaatiessaan kirjoittajia ilmoittamaan taloudelliset sidonnaisuutensa. (Ks. [Lääketieteellinen julkaisutoiminta](#))

Tulosvastuullisissa tehtävissä toimivat lääkärit joutuvat yhä useammin tekemään edustamansa laitoksen kannalta merkittäviä ostopäätöksiä tai esittelemään niitä. Tällöin lääkärin on toimittava lääketieteellisen asiantuntemuksensa pohjalta ja otettava huomioon esteellisyteen liittyvät seikat: hän ei voi edustaa sekä myyvää että ostavaa osapuolta. (Ks. [Lääkärin esteellisyys](#)) Lääkäri ei luonnollisesti saa vaatia itselleen tai muille erityisiä etuja ostopäätösten ehtoina.

LÄÄKÄRI TUTKIJANA

Lääkärit vaikuttavat lääkkeiden, implanttien ja instrumenttien tuotekehittelyyn paitsi teollisuuden palveluksessa ja tekemällä kliinisiä tutkimuksia, myös käyttökokemuksin ja parannusehdotuksin. Lääkärien ja teollisuuden välisten suhteiden on oltava toimivat ja hyvät, jotta potilaita hyödyttävien uusien tuotteiden kehittäminen olisi mahdollisimman tehokasta. Toisaalta tutkimuksiin liittyy myös eettisiä haasteita, joista keskeisiä ovat tutkimuskohteen valinta, tutkimuksen tavoitteet ja tulosten julkaiseminen. Koska kaikkea ei voida tutkia, tulee tutkimuksessa keskittyä terveydenhuollon kannalta keskeisiin kysymyksiin.

Ongelmallisia ovat niin sanotut markkinointitutkimukset, joiden tavoitteena on ainakin osaltaan lisätä lääkkeen tunnettuutta ja käyttöä. Jos tutkimuksen päämääriä ei ole kerrottu avoimesti, markkinointitutkimukset voivat pahimmillaan hukata terveydenhuollon resurssija ja johtaa potilaita harhaan. Tutkimuksen tulosten salaaminen markkinointisyistä on epäeettistä. ■

Lisätietoja:

Eturistiriitojen tunnistaminen ja ratkaiseminen lääkärin täydennyskoulutuksessa. ProMedico. www.duodecim.fi
Hietanen P, Lahdenne P, Mäkelä M. Sidonnaisuuksien ilmoittaminen uudistuu. Suomen Lääkärilehti 2010;37:2909–10.
Lääketeollisuuden eettiset ohjeet 2019. www.laaketeollisuus.fi

Lääkärit ja kaupalliset yritykset -ohje. Suomen Lääkäriliitto 2014. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/laakarit-ja-kaupalliset-yritykset/>

Parkkila-Harju M. Syytä ylöpeyteen. Suomen Lääkärilehti 2017;22:1399.

Statement Concerning the Relationship Between Physicians and Commercial Enterprises. WMA 2009. www.wma.net

Lääkäripalvelujen markkinointi

Lääkäripalvelujen markkinointi on sallittua profession itsesääntelyyn perustuvien ohjeiden rajoissa. Lääkäri ei pidä korostaa markkinoinnissaan itseään ja osaamistaan ylisanoin.

Potilaalle annettavan informaation on oltava sellaista, että hänelle ei synny vääriä mielikuvia tai epärealistisia odotuksia hoidon tuloksista. Markkinoinnilla ei pidä tarpeettomasti lisätä terveystalvelujen kysyntää.

Lääkäri voi markkinoida palvelujaan asiallisesti, mutta tätä markkinointia ei saa yhdistää lääkemainontaan eikä tuotemarkkinointiin.

Lääkäriprofession yhtenä tehtävänä on huolehtia itsesääntelystä antamalla erilaisia ohjeita, joihin profession jäsenet sitoutuvat. Terveystalvelujen tuottamisessa eri palveluntuottajien välinen kilpailu on usein kovaa. Terveystalvelujen luonne on erilainen kuin kulutustuotteiden tai palvelujen yleensä. Siksi profession on kiinnitettävä erityistä huomiota näiden palvelujen markkinoinnin asiallisuuteen. Lääkäripalvelujen markkinointiohjeet ovat yksi osa profession tarkempaa itsesääntelyä tällä alalla, vaikka taustalla on yleinen lainsäädäntö (muun muassa. kuluttajansuojalaki) ja viranomaisohjeistus sekä viralliset juridiset valvontamekanismit (kuten kuluttaja-asiamies ja markkinatuomioistuim). Lääkäriiliiton, Hammaslääkäriiliiton ja Lääkäripalveluyritykset ry:n (LPY:n) laatimat markkinointiohjeet on hyväksytty käytännössännöksi terveystalvelualalla. Tämä kuvaa ohjeiden merkitystä.

Lääkäripalvelujen markkinointiohjeet koskevat kaikkia lääkäreitä, hammaslääkäreitä sekä niitä lääkäripalveluyrityksiä, joiden toiminta edellyttää yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain mukaista toimilupaa tai ilmoitusvelvollisuutta. Markkinointiohjeita sovelletaan riippumatta siitä, mitä mediaa tai markkinointikanavaa markkinoinnissa kulloinkin käytetään. Vaikka palveluntuottaja, oli kysymyksessä lääkäri itse tai palveluja tarjoava yritys, ulkoistaisi markkinointinsa ulkopuoliselle taholle, se on aina itse vastuussa markkinoinnin asianmukaisuudesta.

Kun lääkäripalvelujen markkinointi kohdistuu kuluttajana oleviin potilaisiin, on tärkeää, että annettava tieto on oikeaa ja luotettavaa. Markkinoinnin on tuettava potilaiden mahdollisuutta saada asiallista tietoa tarjottavan palvelun tarkoituksesta, ja siksi sen on perustuttava luotettavaan lääketieteelliseen tietoon ja kokemukseen. Potilaiden on saatava tukea valinnanvapaudelleen hoitoon hakeutumisessa. Markkinoinnilla ei pidä tarpeettomasti lisätä terveystalvelujen kysyntää.

Lääkäri ei pidä markkinoinnissaan korostaa itseään ja osaamistaan ylisanoin, eikä toisen lääkärin tai hammaslääkärin toimintaa saa asiattomasti arvostella. Jos vertailua halutaan käyttää, siihen on oltava objektiiviset ulkopuoliset ja luotettavaan tietoon perustuvat kriteerit.

Potilaalle annettavan informaation on oltava sellaista, että potilaalle ei synny hoidon tuloksista vääriä mielikuvia tai epärealistisia odotuksia. Takuita siitä, että hoito onnistuu, ei pidä antaa. Potilaalle on annettava myös tieto lääketieteellisten toimenpiteiden riskeistä.

Lääkäri voi markkinoida palvelujaan asiallisesti, mutta tätä markkinointia ei saa yhdistää lääkemainontaan eikä tuotemarkkinointiin. Hänen ei myöskään pidä toimia kaupallisen firman tuotteiden myynninedistäjänä. (Ks. Uskomushoidot)

Hinta on usein tärkeä kilpailuvälitt. Kuluttajaviranomaiset edellyttävät, että markkinoinnissa on aina käytävä esille, mikä on tarjotun palvelun hinta ja mitä siihen sisältyy. Potilaan

saatavilla on oltava tieto hinnasta ennen kuin hän tekee päätöksen lääkäripalvelun ostamisesta.

LÄÄKÄRIN AMMATTINIMITYKSET JA ERITYISASiantuntijuudet

Markkinoinnissa voidaan tuoda esiin omaa koulutusta, asiantuntijuutta ja kokemusta lääkärinä. Tämän tulee tapahtua oikein ja käyttämällä yleisesti hyväksytyjä oppiarvoja, oikeuksia tai pätevyyskriteerejä sekä virka-asemaan kuuluvia nimityksiä, jotka liittyvät siihen toimintaan, jota markkinointi koskee.

Markkinoinnissa voidaan myös kertoa tarkemmin omasta erityisasiantuntijuudesta. Erityisasiantuntijuus ei voi kuitenkaan olla itse keksittyä, vaan se on osoitettava luotettavalla tavalla. Erityisasiantuntijuus on myös eri asia kuin lääkärin oma kiinnostuksen kohde. Ei ole sopivaa markkinoida itseään kymmenien eri osaamisalueiden erityisosajana.

Jos lääkärillä ei vielä ole erikoislääkärin oikeuksia, hän ei voi esiintyä erikoislääkärinä tai antaa sellaista kuvaa itsestään. Markkinoinnissa on aina erikseen mainittava, jos lääkäri on erikoistuva. Erikoistuvalla lääkäriltä edellytetään, että hänet on rekisteröity alan erikoistumiskoulutusohjelmaan ja että hänellä on kyseisellä erikoisalalla vähintään kahden vuoden koulutus, joka on suoritettu joko runkokoulutuksena tai eriytyvänä koulutuksena.

MARKKINOINNIN VALVONTA

Lääkäreitä ja lääkäripalvelujen markkinointia valvoo yleisten kuluttajaviranomaisten lisäksi Lääkäripalvelujen markkinoinnin valvontalautakunta, johon kuuluvat edustajat Suomen Lääkäriliitosta, Suomen Hammaslääkäriliitosta, Lääkäripalveluyritykset ry:stä, Suomen silmä lääkäriyhdistyksestä ja Suomen Plastiikkakirurgiyhdistyksestä. Valvontalautakunta antaa huomautuksia ja sanktioita markkinointiohjeiden vastaisesta markkinoinnista, mutta myös ohjaa oikeanlaiseen markkinointiin. ■

Lisätietoja:

Lääkäreitä ja lääkäripalveluja koskevat markkinointiohjeet. Suomen Lääkäriliitto. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/laakareita-ja-laakarinpalveluita-koskevat-markkinointiohjeet/>

Vakuutuslääketiede

Vakuutuslääketieteellisen arvioinnin kohteita ovat työ- ja toimintakyvyn, syy-seuraussuhteen sekä riskin ja haitan arviointi.

Vakuutuslääkäri on riippumaton asiantuntija, joka ottaa kantaa lain tai vakuutusehtojen mukaisten etuuksien myöntämiseen. Vakuutuslääketieteelliset ratkaisut perustuvat lääketieteeseen ja kulloinkin sovellettavaan vakiintuneeseen ratkaisukäytäntöön.

Vakuutuslääketieteen asiantuntemuksella tavoitellaan ratkaisujen tasapuolisuutta. Totuudenmukainen arviointi on vakuutuslääketieteen perusta. Käsiteltäviin asioihin liittyvät taloudelliset intressit eivät saa vaikuttaa vakuutuslääkärin ratkaisuihin.

Potilaalla on oikeus tietää, mihin ratkaisu perustuu.

MIHIN VAKUUTUSLÄÄKÄREITÄ TARVITAAN?

Yleisten oikeusperiaatteiden mukaisesti etuuden myöntäjällä on oikeus itse varmistua maksun aiheellisuudesta. Tämä koskee niin vakuutuksen hakemista kuin korvauksen maksamistakin, ja yhtä hyvin julkista sosiaalivakuutusta kuin yksityistä vakuutustoimintaa. Vakuutus- ja korvausratkaisuissa osapuolina ovat vakuutuksen hakija, vakuutettu tai vahingonkärsijä ja vakuutuslaitos. Hoitava lääkäri ja vakuutuslääkäri ovat asiantuntija-asemassa. Vakuutuslaitoksen tai -yhtiön päätös perustuu lakeihin ja vakuutusehtoihin ja on viime kädessä juridinen.

Hoitavan lääkärin ja vakuutuslaitoksen asiantuntijalääkärin työnjaolla varmistetaan, ettei hoitava lääkäri joudu vaihtamaan roolia potilaansa auttajasta hänen vakuutusetuuksiensa ratkaisijaksi. Vakuutuslääkärin tehtävänä on suhteuttaa saatu lääketieteellinen tieto kulloinkin sovellettaviin säädöksiin.

Vakuutustoiminta tarvitsee lääketieteellisiä tietoja ratkaisujen pohjaksi. Vaikka hoitavalla lääkärillä on parhaat edellytykset arvioida potilaansa lääketieteellistä tilaa ja hoitoa, hän ei voi eikä hänen tarvitse hallita kaikkia vakuutuksiin liittyviä vaatimuksia. Kuhunkin vakuutus- tai korvauslajiin erikoistuneet vakuutuslääkärit sen sijaan tuntevat sovellettavat säännökset ja vakiintuneen ratkaisukäytännön ja voivat hoitavan lääkärin antamien tietojen pohjalta antaa asiantuntija-arvionsa ratkaisijoiden käyttöön. Näin varmistetaan asiakkaiden yhdenvertainen kohtelu.

MITÄ VAKUUTUSLÄÄKETIEDE ON?

Vakuutuslääketieteessä sovelletaan lääketieteellistä tietoa lakisääteisen ja vapaaehtoisen vakuutuksen oikeudellisiin käsitteisiin. Säännöt ovat monimutkaisia, ja vakuutuslääkärit ovat yleensä erikoistuneet tiettyyn vakuutuslajiin tai -lajeihin. He arvioivat vakuutuslajin mukaisesti neljää asiakokonaisuutta: työ- ja toimintakykyä (työkyvyttömyys), syy-seuraussuhdetta (vahinkovakuutus), riskiä (sairauskulu- ja henkivakuutus) ja haittaa (tapaturma- ja liikennevakuutus).

MITEN VAKUUTUSLÄÄKÄRIT KOULUTETAAN?

Vakuutuslaitokset tarvitsevat lääketieteen erikoisalojen tietämystä yhdenmukaisen ratkaisukäytännön pohjaksi. Vakuutuslaji vaikuttaa siihen, mitä asiantuntemusta tarvitaan. Esimerkiksi tapaturmavakuutuksessa valtaosa vakuutuslääkäreistä on ortopedian ja traumatologian erikoislääkäreitä. Työkyvyttömyyden arvioinnissa tarvitaan usean erikoisalan osaamista. Työterveyshuollon rooli on korostumassa, kun lainsäädännön keinoin pyritään jäljellä olevan työkyvyn parempaan hyödyntämiseen ja työurien pidentymiseen. Kussakin vakuutuslajissa on omat erityispiirteensä, joihin vakuutuslaitoksissa työskentelevät lääkärit perehdytetään työpaikallaan.

Suomen Lääkäriliiton vuodesta 1994 myöntämä vakuutuslääketieteen erityispätevyys syventää erikoislääkärin vakuutusosaamista.

LÄÄKÄRIEN TYÖ VAKUUTUSLAITOKSISSA

Lääkärin työtä vakuutuslaitoksessa ohjaavat samat eettiset periaatteet kuin muitakin lääkäreitä. Vakuutuslääkäri toimii vakuutus- ja korvausprosessissa asiantuntijana. Lääketieteellisen asiantuntemuksen merkitys voi vakuutuslajin ja sairauden tai vamman vaikeusasteen mukaan olla hyvin ratkaiseva, ja virallisen päätöksentekijän rooli on silloin lähes muodollinen. Esimerkiksi vaikean sairauden tai vamman aiheuttama työkyvyttömyys ei juuri riipu sovellettavasta lakipykälästä, eikä näissä tapauksissa yleensä esiinny erimielisyyttä hoitotahon kanssa. Myös Kelan lääkekorvaukset ovat pääosin lääketieteellisin perustein ratkaistavissa, vaikka säädökset saattavat poiketa esimerkiksi Käypä hoito -suosituksista.

Lääkärin tehtävänä vakuutuslaitoksessa on varmistaa, että ratkaisut noudattavat lääketieteellisesti vakiintunutta ratkaisukäytäntöä siten, että yksittäistapauksissa samat tosiasiat johtavat samaan ratkaisuun. Tämä erityisosaaminen korostuu erityisesti silloin, kun ratkaisuun vaikuttavat muutkin kuin lääketieteelliset seikat, kuten työkyvyttömyyttä arvioitaessa.

MITEN RIIPPUMATTOMUUS TURVATAAN?

Vakuutuslääkärinä koskevat hallintolain (434/2003) ja muun lainsäädännön esteellisyysmääräykset. (Ks. *Lääkärin esteellisyys*) Objektivisuuden turvaamiseksi lääkäri ei voi antaa lausuntoa tai olla päättämässä oman potilaansa asiassa eikä käsittelemässä omasta ratkaisustaan tehtyä valitusta muutoksenhakuelimissä. Lääkärin tulee jäädä itsensä, jos hän kokee olevansa tai arvioi ulkopuolisen katsovan hänen olevan esteellinen.

Vuoden 2020 alussa tuli voimaan terveydenhuoltolain (1236/2010) muutos, jonka tarkoituksena on osaltaan lisätä lääketieteellisten asiantuntijalausuntojen riippumattomuutta. Uuden 68 a §:n mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävät sairaanhoitopiirit vastaavat yhdessä tuomioistuimen pyytämien lääketieteellisten asiantuntijalausuntojen antamisesta. Lausuntojen antamista varten on asiantuntijaryhmä, jonka toiminnan hallinnoinnista vastaa Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Toiminnan kustannukset maksetaan valtion varoista.

NÄKYMÄTTÖMÄT VAKUUTUSLÄÄKÄRIT

Suurin osa vakuutuslääkäreistä on osa-aikaisia, koska he työskentelevät lisäksi kliinisessä työssä. Hakijoiden kyselyihin vastaa yleensä laitoksen ylilääkäri. Hoitavan lääkärin kanssa

voidaan keskustella vain vakuutetun suostumuksella. Etuuden hakijalla on halutessaan mahdollisuus saada vakuutuslaitoksen ratkaisuun osallistuvien lääkärien nimet sekä kopiot ratkaisumerkinnöistä. Muutoksenhakuelinten ja tuomioistuinkäsittelyn sisäiset neuvottelut ovat salaisia, mutta päätöksessä kerrotaan kaikkien ratkaisuun osallistuneiden nimet. Kielteiset päätökset perustellaan mahdollisimman huolellisesti.

TAVOITTEENA AVOIMUUS

Kokonaisvaltaista harkintaa edellyttävissä tapauksissa ratkaisu määräytyy kulloinkin noudatettavan lainsäädännön ja vakiintuneen ratkaisukäytännön mukaan. Menettelyä ohjaavat myös muutoksenhakuelinten ja tuomioistuinten päätökset. Lainsäädäntö ja sen perustelut ovat kaikkien saatavissa, mutta järjestelmän ulkopuolisen on vaikeaa tuntea vakiintunutta ratkaisukäytäntöä. Avoimuuteen pyrkivässä yhteiskunnassa tämä on haaste.

Vakuutuslääketieteellisten ratkaisujen perusteet voivat näyttäytyä epätyytyttävänä, kun ratkaisujen lakiperusteet ja käytännöt eivät ole tuttuja. Hylättyjen hakemusten suuri osuus erityisesti työkyvyttömyyseläkehakemuksissa koetaan yhteiskunnallisena ongelmana ja usein myös lääkärien välisenä ristiriitana. Tilannetta on yritetty helpottaa muun muassa työkyvyttömyyden arviointiprosessia, hylkäyksen perusteluita ja kuntoutusta kehittämällä. Avoimuutta ja ymmärrettävyyttä pyritään lisäämään myös entistä yksityiskohtaisemmillä säännöksillä ja lainsäädäntöä uudistamalla. Vuoden 2020 syksyllä eduskunnassa oli hallituksen esitys (HE 213/2020) eräiden vakuutuslakien muuttamiseksi. Lakeihin ehdotetaan lisättäväksi aiempaa yksityiskohtaisemmat säännökset siitä, millä tavalla vakuutuslaitosten asiantuntijalääkärien edellytetään ottavan kantaa laitosten käsiteltäväksi toimitettuihin lääketieteellisiin selvityksiin. Kannanotot olisi laadittava selkeästi ja yhdenmukaisesti, jotta niitä voitaisiin käyttää vakuutuslaitoksen antaman lääketieteellisiin seikkoihin perustuvan päätöksen perusteluina siten kuin eri etuuslaeissa säädetään. Samassa yhteydessä on ehdotettu, että asiantuntijalääkärien kannanotto vahvistettaisiin sanoin ”käytettävissä olevien tietojen, asiantunteukseni ja omantuntoni kautta”.

HOITAVAN LÄÄKÄRIN JA VAKUUTUSLÄÄKÄRIN TYÖNJAKO

Vakuutuslääketiedettä kritisoidaan avoimuuden puutteesta. Kritiikin mukaan vakuutusjärjestelmä asettaa hoitavan lääkärin ja vakuutuslääkäriin roolit vastakkain. Potilaan tutkivalla ja hoitavalla lääkärillä on parhaat edellytykset sekä todeta että dokumentoida sairaudet, vammat ja niiden aiheuttamat toiminnalliset rajoitukset. Kliinisen lääkärintyön yksi välttämätön elementti on lääketieteellisten havaintojen täsmällinen kirjaaminen. Lääkäriinlausunnon tarkoituksena on tiivistää olemassa oleva tieto kulloinkin esillä olevaan tarpeeseen ilman, että asiaan kuulumatonta tietoa välitetään. Tämän dokumentaation pohjalta vakuutuslääkäri soveltaa tietoa vakuutuslajin ratkaisukäytäntöön.

Esimerkiksi työkyvyttömyyttä arvioitaessa hoitava lääkäri kuvaa potilaansa sairaudet ja vammat sekä niistä aiheutuvan toimintakyvyn heikentymän. Vakuutuslääkäriin tehtävänä on suhteuttaa tämä tieto kulloinkin sovellettavaan ratkaisukäytäntöön, joka perustuu muihinkin kuin lääketieteellisiin tietoihin. Työkyvyttömyys määritellään eri laeissa noin seitsemällä eri tavalla, ja sen vuoksi ratkaisujen juridiset perusteet voivat olla erilaisia samassakin lääketieteellisessä tilassa. Yleistyvä käytäntö on, että kliininen erikoislääkäri kuvaa sairauden ja sen aiheuttamat rajoitteet ottamatta kantaa työkykyyn. Työkyky arvioidaan työterveyshuol-

lossa, joka suhteuttaa sairauden aiheuttamat rajoitteet työn sopeuttamismahdollisuuksiin ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeeseen. Varsinainen työkyvyttömyysratkaisua puoltava lausunto kirjoitetaan vasta, kun kuntoutusmahdollisuudet on selvitetty. Näin kukin lääkäri voi keskittyä omaan osaamisalueeseensa, ja lopputulos on useimmiten myös hakijan kannalta paras mahdollinen.

TIEDONSAANNIN HAASTEET

Lakisääteisessä sosiaalivakuutuksessa vakuutuslaitoksen oikeus saada ratkaisussa tarvittavat tiedot on varmistettu lailla. Sen sijaan yksityisvakuutuksen puolella vakuutuslaitoksen on joissakin tapauksissa vaikeaa saada tietoa. Näissä tilanteissa näyttää olevan ristiriita potilaan oikeuksien ja lääkärin salassapitovelvollisuuden kanssa. Erityisesti sairauskuluvakuutuksissa syntyy hankalia tilanteita, kun vakuutuksesta haetaan korvausta sairaudesta, joka on vakuutusopimusta solmittaessa jätetty ilmoittamatta. Tässä vakuutuslajissa ei ole harvinaista, että vakuutusta ostettaessa aiemmat sairaudet unohtuvat, kun tiedossa on, että niiden ilmoittaminen rajoittaisi korvauspiiriä tai peräti johtaisi vakuutushakemuksen hylkäämiseen. Jos vakuutuslaitoksen tiedonsaantioikeutta vakavasti rajoitettaisiin, tällaisten vakuutusten myöntäminen kävisi mahdottomaksi. Tässä, kuten monessa muussa yhteiskunnallisessa kysymyksessä, joudutaan punnitsemaan vastakkain kahta tärkeää oikeutta, salassapitoa ja tiedonsaantia, eikä yksiselitteistä vastausta ole.

RATKAISUJEN LAADUNVALVONTA

Etuuslainsäädäntö kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Ministeriön verkkosivuille on koottu tietoa vakuutustoiminnan valvonnasta. Vakuutuslääkärit ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joiden valvonta on yleisesti Valviran ja aluehallintoviranomaisten vastuulla.

Vakuutuslääkärien toimeksiantaja on vakuutuslaitos eikä hoitojärjestelmä tai vakuutettu. Korkein hallinto-oikeus on vuonna 2014 linjannut, että vakuutuslääkärien nimet ovat julkisia. Vakuutusyhtiöiden on hakijan niin pyytäessä kerrottava asiantuntijalääkäriensä nimet.

Vakuutusyhtiöt ja -laitokset seuraavat omaa toimintaansa laatujärjestelmiensä mukaisesti. Kehittyneet tietojärjestelmät mahdollistavat sisäisen valvonnan, kun ratkaisut on dokumentoitu ja voidaan arvioida jälkikäteen. Seurannan kohteena ovat erityisesti valitukset ja muutoksenhaun päätökset.

Lääkäreitä toimii myös muutoksenhakulautakunnissa ja vakuutusoikeudessa, joissa he toimivat tuomarinvalan vannoneina jäseninä. Tässä ominaisuudessa he osallistuvat täysivaltaisesti koko päätöksentekoon. Heitä koskevat myös tuomareita koskevat säädökset muun muassa esteellisyydestä. Sama lääkäri ei esimerkiksi voi ratkaista asiaa sekä vakuutuslaitoksessa että muutoksenhakuelimissä. Esteellisyyden tulkinta on tiukentunut siten, ettei ratkaisuun osallistuva jäsen saa objektiivisesti arvioiden edes näyttää esteelliseltä. Kyseessä on hakijan kannalta tärkeä oikeusperiaate, mutta liiallisuuksiin vietynä se voi aiheuttaa ongelmia asiantuntemuksen saatavuudessa. ■

Lisätietoja:

Juntunen J jne. Syrjäytyneet kansalaiset vakuutuslääketieteen näkökulmasta. Suomen Lääkärilehti 2002;57:5207–13.

Korkeimman hallinto-oikeuden päätös:<https://www.kho.fi/fi.index/paatoksia/vuosikirjapaatokset/vuosikirjapaatos/1400242517419.html>Takala, Aro ym. Vakuutusratkaisut potilaan tukena. Kustannus Oy Duodecim 2019. Tiililä U. Auttajista lausuntoautomaateiksi? Lääkäreillä keskeinen rooli etuuksista päätettäessä. Duodecim 2008;124:896–901.

Lääkärinä työterveyshuollossa

Työterveyshuollossa toimivan lääkärin työ ei kohdistu pelkästään yksittäiseen potilaaseen ja tämän terveysongelmiin, vaan myös potilaan työhön ja työpaikkaan.

Jos työntekijän terveyden arvioidaan vaarantuvan työssä, lääkärin ensisijaisten toimenpiteiden pitää aina kohdistua työhön, ei työntekijään.

Eettisiä ristiriitoja voi syntyä, jos yksittäisen työntekijän, työnantajan ja työyhteisön edut ovat ristiriidassa.

Työterveyslääkärillä on vaitiolovelvollisuus potilasta ja asiakasyrityksiä koskevista asioista, mutta toisaalta tiedonantovelvollisuus työpaikoilla terveyttä ja työkykyä koskevista asioista.

YLEISIÄ LÄHTÖKOHTIA

Työterveyshuollon toiminnan lakisääteinen tavoite on, ettei työntekijän terveys vaarannu työssä. Tähän pyritään sekä ennaltaehkäisemällä työhön liittyviä riskejä että ottamalla sairaanhoidossa huomioon työn vaikutus sairauden kehittymiseen ja sairaudesta toipumiseen. Parhaimmillaan työterveyshuolto pitää yllä työntekijöiden terveyttä ja työkykyä, mikä puolestaan tukee henkilöstön tuottavuutta ja työpaikan toimintaa. Työterveyshuollossa toimivalle lääkärille asettaa ammatillisia ja eettisiä haasteita se, että hän toimii samanaikaisesti yksilö- ja työpaikkatasolla.

Työterveyshuollossa on lääkärin ja potilaan lisäksi aina myös kolmas osapuoli, työnantaja, joka kohdistaa työterveyshuoltoon omia odotuksiaan. Vaikka palvelut maksaa työnantaja, hänellä ei ole oikeutta puuttua yksittäisen työntekijän saamiin palveluihin niin kauan kuin ne sisältyvät tehtyihin sopimuksiin. Lain mukaan myöskään työsuhteen laatu (osa-aikaisuus tai määräaikaisuus) tai työntekijän terveysongelma eivät saa vaikuttaa oikeuteen käyttää työterveyspalveluita.

Työterveyslääkärin on toteutettava vain näyttöön perustuvia toimenpiteitä, jotka edistävät työntekijän terveyttä ja kuntoutumista. Joskus työterveyshuoltoon kohdistetaan vaatimuksia vähentää sairauksilomia tai työkyvyttömyyseläkkeitä niihin liittyvien kustannusten vähentämiseksi. Toisaalta potilas tai jokin kolmas taho voi yrittää saada lääkärin kirjoittamaan todistuksen sairauslomaa varten, vaikka sairausloma ei olisi lääketieteellisesti perusteltu.

Työterveyshuolto voidaan järjestää yrityksen omana toimintana. Tällöin työterveyslääkäri saa palkan samalta työnantajalta, jonka työntekijöitä hän hoitaa. Työsuhteessa on tärkeä varmistaa, että lääkärille annetaan oikeus oman asiantuntemuksensa käyttöön työterveyshuol-

tolain mukaisesti. Tämä tarkoittaa ammatillista riippumattomuutta työnantajasta, työntekijöistä ja heidän edustajistaan.

Taloudelliset edut eivät saa mennä lääketieteellisten perustelujen edelle potilaan hoidossa, olipa kyse työterveyshuoltopalveluiden tuottajan taloudellisen tuloksen maksimoinnista tai asiakasyrityksen kustannusten minimoinnista. Työterveyslääkäri on toiminnassaan noudatettava tieteelliseen näyttöön perustuvia suosituksia. Jos potilasta ei voida hoitaa työterveyshuollossa, lääkärin on huolehdittava, että potilas saa tarvitsemansa hoidon muualla, esimerkiksi julkisen sektorin erikoissairaanhoidossa.

TYÖTERVEYSYHTEISTYÖ

Yhteiskunnassa työterveyshuoltoon kohdistuu odotuksia työurien pidentäjänä, koska työuran ennenaikaisen päättymisen syy on useimmiten työkyvyttömyyseläke. Sekä työnantajan että työterveyshuollon on noudatettava seuraavia yhteistyöperiaatteita:

Selvillä olemisen periaate edellyttää työterveyshuollolta aktiivisuutta tietojen jakamisessa tietosuojaan loukkaamatta. Oikeus saada työterveyshuollosta asiantuntijan mielipide terveyttä ja työkykyä koskevissa kysymyksissä kuuluu yksittäiselle työntekijälle, esimiehelle sekä työyhteisölle. Terveystietoja voidaan ilman asianomaisen lupaa hyödyntää vain ryhmätasolla niin, etteivät yksittäisen työntekijän tiedot paljastu epäsuorasti esimerkiksi henkilökohtaisten ominaisuuksien perusteella. Eettisiä ongelmia syntyy muun muassa silloin, jos yksilön heikentynyt työkyky aiheuttaa vaaraa tai kuormitusta muulle työyhteisölle, mutta suostumusta tiedon antamiseen tai ongelman käsittelemiseen työpaikalla ei saada. Vaikka esimiehelle ei voi kertoa hänen alaisensa terveydentilasta, häntä voi yleisemmällä tasolla tukea toimimaan tilanteessa, jossa alaisen työkyky on heikentynyt tai hän ei pysty tekemään työtään.

Henkilöstöriskeihin varautumisen periaatteeseen kuuluvat työterveyshuollon terveyttä edistävät toimet sekä mallit työntekijöiden työkyvyn tukemiseen ja varhaiseen puuttumiseen. Työterveyshuollossa toimivan lääkärin pitää tuntea työpaikat ja niissä tehtävän työn sekä fyysiset että psykososiaaliset vaatimukset ja mahdollisuudet. Terveyttä ja työkykyä edistävien hankkeiden suunnitteluun ja toteuttamiseen on vaikuttavuuden varmistamiseksi suositeltavaa ottaa mukaan sekä työntekijöiden ja työnantajan edustajia.

Osallistumisen periaate edellyttää, että edellä esitettyjen mallien mukaisesti sekä työnantaja että työterveyshuolto osallistuvat yhdessä työhön kohdistuvien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen silloin, kun työntekijän työkyky on heikentynyt tai vaarassa heikentyä. Tällöin on tärkeää määritellä, mikä on työterveyshuollon ja mikä työnantajan rooli. Työterveyshuollon menetelmien pitää olla sellaisia, että ne tukevat työntekijän kuntoutumista. Tehokas hoito tai työterveyshuollon ulkopuolella tapahtuvan hoidon koordinointi, seuranta pitkän sairausloman aikana, oikea-aikaisen työhön paluun suunnittelu ja ehdotukset tarvittavaksi työolojen muokkaamiseksi ovat työterveyshuollon tehtäviä. Niiden laiminlyömistä voi pitää epäeettisenä työterveyshuollon ammatillisen vastuun pakoiluna.

NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TYÖTERVEYSHUOLTO

Lääketieteellinen hoito ei työterveyshuollossa eroa muusta terveydenhuollosta. Ammattitaudit ja työperäiset sairaudet ovat vain pieni osa kaikista hoidettavista sairauksista. Työ voi kuitenkin yhtenä monista tekijöistä vaikuttaa usean yleisen sairauden puhkeamiseen, kehittymiseen tai sairaudesta aiheutuvaan haittaan. Lisäksi useilla sairauksilla on vaikutusta työkykyyn.

Siksi myös muiden kuin työterveyshuollossa toimivien lääkärien olisi huomioitava potilaan työ hoitoja ja kuntoutusta suunniteltaessa.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta on yleensä tieteellistä näyttöä varsin vähän. Silloin ainoaksi valintaperusteeksi jää käytännön kokemuksen tuoma arvio toiminnan hyödyllisyydestä. Valtioneuvoston asetuksessa (708/2013) määritellyn hyvän työterveyshuoltokäytännön lisäksi lääkärin etiikka edellyttää, että työterveyshuollossa kehitetään toimintaa ja seurataan toimenpiteiden vaikuttavuutta etukäteen yhdessä asiakkaan (työntekijä tai työpaikka) kanssa sovituilta mittareilla.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan työnantajan on huolehdittava työterveyshenkilöstön riittävästä täydennyskoulutuksesta. Lääkärin eettinen velvollisuus on pitää yllä ammattitaitoaan riippumatta siitä, missä ja minkälaisessa työsuhteessa hän toimii – olipa hän ammatinharjoittajana lääkärikeskuksessa tai palkkasuhteessa pienen työterveysyksikön ainoana lääkärinä. Koska ulkopuolinen voi harvoin arvioida lääkärin ammattitaitoa, on haasteena itse tunnistaa osaamisen puutteet ja oppimisen mahdollisuudet.

Monet ei-lääketieteelliset ongelmat johtavat hoitoon hakeutumiseen ja neuvojen kysymiseen työterveyshuollossa. Tämä asettaa ammattihenkilöt kahden haasteen eteen. Miten rajoittua kannanotoissaan sellaisiin kysymyksiin, joiden ratkaisemiseen tarvitaan ja voidaan käyttää työterveyslääkärin asiantuntemusta? Miten toisaalta välttää potilaan työhön ja yksityiselämään liittyvien ongelmien medikalisointi, jonka takia käytännön ratkaisu voi viivästyä tai jäädä kokonaan toteutumatta huomion siirtymässä pois varsinaisesta ongelmasta?

Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työterveyshuolto perustuu monitieteiseen ja moniammatilliseen toimintatapaan. Usein työelämän ongelmat eivät ratkea pelkästään lääketieteellisen tai terveydenhuollollisen tiedon pohjalta. Sen vuoksi lääkärin pitäisi pystyä hyödyntämään sekä muuta terveydenhuoltoa että muiden ammattilaisten osaamista ja asettua tilanteesta riippuen myös oppijan rooliin.

SOPIVUUDEN ARVIOINTI TERVEYDENTILAN PERUSTEELLA

Työterveyshuollon eettinen velvollisuus on tukea kaikkien työikäisten työllistymistä ja työuria. Työnantajien tavoite vähentää työkyvyttömyydestä aiheutuvia kustannuksia on johtanut vaatimuksiin sellaisista työterveyshuollon terveystarkastuksista, joilla voitaisiin karsia henkilöt, joiden työkyvyttömyysriski on suurentunut, ja estää heidän työllistymisensä. Tieteellinen näyttö ei tue tämänkaltaisia karsivia toimintoja. Mahdollisen työkyvyttömyyden syy on yleensä toinen kuin työhöntulotarkastuksessa esiin nousseet seikat. Myös työelämän syrjäintäsäännökset kieltävät työstä poissulkemisen terveydentilan perusteella ilman perusteltua syytä.

Karsivat työhöntulotarkastukset ovat ongelmallisia paitsi kliinisesti ja juridisesti, myös eettisesti. Onko oikein evätä työnhakijalta työn saaminen vain siksi, että hänellä on vuosien kuluttua mahdollisesti suurentunut riski sairastua ja siihen liittyen joutua työkyvyttömäksi? Jos työ sinänsä ei aiheuta suurentunutta riskiä, jokaisella pitää olla oikeus tehdä työtä, jos senhetkinen terveydentila sen sallii. Lisäksi työkyvyttömyys on aina suhteessa odotettuun työsuoritukseen, joten odotusten muokkaaminen voi pienentää työkyvyttömyyden riskiä.

Eryistä huomiota on kiinnitettävä työterveyshuollossa tehtäviin työelämän huumausainetesteihin. Laissa yksityisyyden suojasta työelämässä (759/2004) kuvataan yksityiskohtaisesti, missä tilanteissa työnantaja voi vaatia testin tekemistä työsuhteen alussa ja sen aikana. Näissä tilanteissa työnantajalla on oltava henkilöstön kanssa yhteistyössä laadittu työpaikan päihteiden vastainen ohjelma. Työterveyshuoltolain nojalla on myös mahdollisuus tehdä

huumetestejä osana terveystarkastuksia. Tällöin työnantajalla on oikeus ainoastaan lausuntoon työhön soveltuvuudesta, ei tietoon huumausainetestin tuloksesta.

Työelämän yksityisyydensuojalain mukaan työnantaja ei saa vaatia työntekijää osallistumaan geenitutkimukseen eikä työnantajalla ole oikeutta tietää, onko työntekijälle tehty sel-laista. Sen sijaan työterveyshuollossa on edelleen mahdollista tiedustella terveystarkastuksessa lähisuvun sairauksia ja hyödyntää sitä tietoa terveyttä edistävien toimenpiteiden valinnassa. ■

Lisätietoja:

Suositus terveyslääkärin toimintaperiaatteista. Suomen Työterveyslääkäriyhdistys ry. <https://www.stly.fi/yhdistyksesta/yhdistys/suositus-terveyslaakarın-toimintaperiaatteista.html>

International code of ethics for occupational health professionals, 3rd edition, International Commission on Occupational Health ICOH, 2014 http://www.icohweb.org/site/multimedia/code_of_ethics/code-of-ethics-en.pdf

Työkyvyttömyyden arviointi

Sairausloman määrääminen on eettinen kysymys yhtäältä hyödyn tuottamisen ja haitan välttämisen sekä toisaalta potilaiden autonomian ja tasapuolisuuden näkökulmista.

Sairaus ei merkitse työkyvyttömyyttä, vaikka se heikentäisi toimintakykyä. Työkyvyttömyys riippuu jäljellä olevan toimintakyvyn lisäksi työn luonteesta ja mahdollisuuksista muokata työn vaatimuksia.

Sairausloma on osa hoitoa, jolla on indikaatiot, haitat, kontraindikaatiot, sisältö, oikea annostus ja odotettu hoitotulos. Työhön paluun suunnittelu on osa hyvää hoitoa.

Mitä pidemmästä sairauslomasta on kyse, sitä tärkeämpää on sairausloman hyötyjen ja haittojen keskinäinen puntarointi. Potilaan ei pidä joutua työelämän ulkopuolelle vain siksi, että hoitava lääkäri ei riittävästi tunne olemassa olevia vaihtoehtoja ja sosiaaliturvajärjestelmän tarjoamia mahdollisuuksia.

Sairausloman tarpeen arviointi on lääkärin työssä niin jokapäiväistä, ettei sen merkitystä työkyvyttömyyden kehittymiselle tule aina pohdituksi. Sairausloma on osa hoitoa, jolla on indikaatiot, haitat, kontraindikaatiot, sisältö, oikea annostus ja odotettu hoitotulos. Työhön paluun suunnittelu on osa hyvää hoitoa. Sairausloma ei aina ole yksiselitteisesti hyväksi. Etenkin pitkittyvällä sairauslomalla on haittavaikutuksia, joten työssä jatkamisen pitäisi olla hoidon tavoite kliinisen paranemisen rinnalla. Hoidon ja kuntoutumisen kannalta on usein parempi olla työssä, jos sitä voidaan muokata niin, että haitallisia tai liikaa kuormittavia työvaiheita vähennetään.

Suomessa työkyvyttömyyttä on totuttu ajattelemaan mustavalkoisesti: työntekijä on joko työkykyinen tai työkyvytön. Viime vuosina työpaikoille on kehitetty työkyvyn varhaisen tuen ja sairauspoissaolojen toimintamalleja. Ne mahdollistavat työhön paluun ja työssä jatkamisen kevennetyssä tai muokatussa työssä silloin, kun se ei vaaranna tai jopa parantaa terveyttä tai toipumista. Myös työehtosopimuksiin on otettu mahdollisuus ns. korvaavaan työhön tilanteissa, joissa työntekijän työkyky on heikentynyt rajallisesti. Paluuta työhön voidaan tukea osasairauspäivärahalla tai työeläkejärjestelmän työkokeiluilla.

Työkyvyttömyyttä arvioidessaan lääkäri tekee merkittävän kannanoton, joka koskettaa monia osapuolia. Työkyvyttömyyden arviointi on kliininen kannanotto, jolla on merkitystä sekä kansantalouden että yksittäisen työnantajan ja potilaan talouden kannalta. Erityisesti pitkittävää sairausloma saattaa hidastaa toipumista, mikä voi johtaa pysyvään työkyvyttömyyteen ja pahimmillaan sosiaaliturvaongelmiin.

Jokaisen lääkärin on tunnettava sosiaaliturvajärjestelmän perusasiat. Sairausvakuutuslain mukaista eli alle vuoden kestävästä työkyvyttömyyttä arvioidaan suhteessa työntekijän omaan työhön, kun taas työkyvyttömyyseläkettä harkittaessa otetaan huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja muullakin työllä, jonka suorittamista häneltä voidaan kohtuudella edellyttää.

HYÖTYJEN JA HAITTOJEN VERTAILU

Sairausloma on tarpeen, jos sairaus estää työnteon kokonaan tai sairauslomaa tarvitaan hoidon tai kuntoutuksen toteuttamiseksi. Sairausloman tarvetta ja kestoa arvioidessa on otettava huomioon paitsi sairauden vaihe ja sen edellyttämä hoito, myös työn luonne ja mahdollisuudet työn muokkaamiseen tai työtehtävien vaihtoon.

Hoidon ja kuntoutumisen kannalta on usein parempi olla työssä, jos sitä voidaan muokata niin, että haitallisia tai liikaa kuormittavia työvaiheita vähennetään. Sopivasti liikkuva työ voi esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksissa olla hoidon ja kuntoutumisen kannalta hyvä vaihtoehto. Psykkisissä häiriöissä tai päihdeongelmissa potilaan työkyky on usein heikentynyt erityisesti työn kognitiivisten vaatimusten suhteen, mutta työstä poissaolo saattaa pahentaa tilannetta.

Lääkärin ja potilaan on syytä yhdessä pohtia vaihtoehtoja heti siinä vaiheessa, kun sairausloma näyttää pitkittävän. Onko todennäköistä, että potilas voi palata entiseen työhönsä? Jos eläkettä harkitaan, onko todennäköistä, että eläke myönnetään? Onko potilas todella valmis luopumaan työelämästä, vai haluaisiko hän tehdä jotakin muuta työtä? Ellei eläkettä myönnetä, mitä mahdollisuuksia työntekijällä on päästä työeläkelaitoksen tai Kelan kuntoutuksiin tai saada TE-palveluita.

POTILAAN AUTONOMIA

Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoja joudutaan pohtimaan arvioidessa sairausloman tarvetta tai suunniteltaessa paluuta sairauslomalta työhön. On tärkeää, että potilasta kuunnellaan ja että hänellä on riittävät tiedot päätöksensä tueksi. On selvää, ettei potilaan autonomia sisällä oikeutta vaatia tietynmittaista sairauslomaa. Potilas voi kuitenkin kuntoutua odotettua nopeammin ja keskeyttää sairausloman. Lakisääteinen tapaturmavakuutus on tällöin normaalisti voimassa.

Työntekijöillä on usein käsitys, että työ on osaltaan vaikuttanut heidän sairauteensa, ja tämä nostaa työhön paluun kynnystä. Työterveyshuollon tehtävä on oikaista käsityksiä, lievittää aiheettomia pelkoja tai ryhtyä yhdessä työnantajan kanssa toimenpiteisiin työolojen korjaamiseksi.

Pelot voivat liittyä myös esimiehen tai työtovereiden kielteiseen suhtautumiseen, jos potilas ei töihin palattuakaan vielä pystykään täyteen työpanokseen. Eettisesti hankalia ovat tilanteet, joissa potilaan pitäisi täyden työpanoksen takaamiseksi jatkaa sairauslomalla, vaikka jatkaminen hidastaisi toipumista, vaikeuttaisi työhön palaamista ja johtaisi taloudellisiin menetyksiin.

TASAPUOLISUUS

Laatiessaan lausuntoa työkyvyttömyydestä sairauslomaa tai erityisesti eläkehakemusta var-
ten lääkärin on toimittava hoitavan lääkärin roolin lisäksi puolueettomana asiantuntijana. Näiden roolien yhdistäminen ei ole aina helppoa. Eri lääkärin käytännöt sairausloman mää-
rämisessä vaihtelevat tutkimusten mukaan merkittävästi. Tämä on ongelmallista sekä työn-
tekijöiden että työnantajien tasapuolisen kohtelun kannalta. Ongelmaa korostaa se, ettei sai-
rauspoissaolon pituudesta ole virallisia suosituksia eri diagnooseissa. Käypä hoito -suositus
antaa yleisellä tasolla ohjeita niistä asioista, jotka sairauspoissaolon tarvetta arvioitaessa on
otettava huomioon. Potilaat ovat sairastuessaan muutenkin epätasa-arvoisessa asemassa riip-
puen siitä, onko heillä voimassa oleva työsuhte, kuinka hyvin heidän työterveyshuoltonsa
toimii ja paljonko työnantaja on valmis panostamaan työjärjestelyihin.

Sairausvakuutuslain mukaan sairauspoissaolon syynä tulee aina olla lääkärin toteama
vika, vamma tai sairaus, eikä sairauslomatodistuksia tulisi kirjoittaa muista syistä. Terveenkin
ihmisen työkyky vaihtelee eri syistä. Monitahoinen kysymys on, riittääkö työkyvyn heikenty-
minen itsessään osoitukseksi sellaisesta tilasta, joka oikeuttaa lääkärin kirjoittamaan sairaus-
lomaa. Tätä keskustelua on käyty erityisesti yksityis- tai työelämän kriiseihin liittyen. Sairaus-
loman tarpeen voi laukaista esimerkiksi työpaikalla esiin tullut konflikti, jota sairausloma ei
kuitenkaan ratkaise. Jos työpaikalla ei ole sovittu mahdollisuudesta palkalliseen poissaoloon
yksityiselämän kriiseissä, poissaolotodistusta pyydetään lääkäriltä. Työntekijöiden tasapuoli-
suuden kannalta on ongelmallista, jos toiset käyttävät henkilökohtaisissa kriisitilanteissa vuo-
silomaa tai palkatonta vapaata ja toiset sairauslomaa.

LÄÄKÄRIN ASIANTUNTEMUS JA KLIININEN AUTONOMIA

Työkyvyttömyyden arviointi vaatii kliinisen osaamisen lisäksi työolojen ja sosiaaliturvalain-
säädännön tuntemuksen. Kliininen erikoislääkäri on oman alansa asiantuntija, eikä voida
olettaa, että hän olisi tarkoin selvillä potilaan työstä ja työolosuhteista. Sen sijaan työterveys-
lääkärin pitää tuntea potilaan työolot, työpaikka, mahdollisuudet työjärjestelyihin, työkyvyn
tukemisen mallit ja sosiaaliturvajärjestelmän tarjoamat etuudet. Työterveyslääkärien ja mui-
den erikoislääkärien välinen yhteistyö on yhä tärkeämpää. Oikeus sairauspäivärahaan 90 kor-
vatun päivän jälkeen edellyttää työterveyslääkärin lausuntoa jäljellä olevasta työkyvystä. Lau-
suntoon tulee liittyä selvitys työnantajan mahdollisuuksista sopeuttaa työtä.

Lääkäri kirjoittaa lääkärinlausunnon eläkehakemuksen tueksi yleensä potilaan toivo-
muksesta. Vaikka lääkäri ja potilas voivat olla eri mieltä, lausunto on lääkärin ammatillinen
kannanotto, jonka hän todistaa kunniansa ja omantuntonsa kautta. Lääkäri ei ole potilaan

asianajaja, vaan hänen tulee perustaa kannanottonsa lääketieteellisiin faktoihin potilaan toimintakyvystä. Tilannetta helpottaa, jos lääkäri osaa perustella kannanottonsa, kertoa potilaalle muista vaihtoehdoista tai ohjata hänet oikeiden neuvojen lähteille. Lääkäri voi aina lausunnossaan pidättäytyä ottamasta kantaa työkykyyn. Tärkeintä kuitenkin on, että hoito on mahdollisimman tehokasta eläkehakemuksesta riippumatta. (Ks. Lääkäri lausunnonantajana) ■

Lisätietoja:

Sairauspoissaolon tarpeen arviointi. Käypä hoito -suositus. Duodecim 2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50121>
Suomen Lääkäriliitto: Ohje lääkärintodistuksen kirjoittamisesta. <https://www.laakariliitto.fi/laakarintodistuksen-kirjoittaminen/>

Vankien lääkäri

Vangittuja hoitava lääkäri on aina ensisijaisesti potilaansa lääkäri, joka kunnioittaa potilaan oikeuksia samoin kuin muuallakin terveydenhuollossa. Hänen ei pidä ilman erillistä, laissa määriteltyä tehtävää osallistua rikosseuraamuksia tai rangaistuksia koskevaan päätöksentekoon.

Mielentilatutkimuksia ja väkivaltariskiä arvioita tekevä lääkäri ei ole tässä tehtävässään hoitava lääkäri vaan toimii oikeuden asiantuntijana.

Päivittäinen vankiluku on ollut Suomen vankiloissa viime vuosina noin 3 000. Vankilajakoista 40 prosenttia on alle kolmen kuukauden mittaisia. Vankilakierteeseen joutuu ensikertalaisista runsas kolmannes. Vankiloissa olevista vangeista yli puolet on moninkertaisia uusijoita.

Valtaosa vankilaan päätyneistä viettää suurimman osan elämästään vankiloiden ulkopuolella. Tässä mielessä vangin terveydenhuolto on vain lyhytaikainen osa hänen tarvitsemiaan terveyspalveluita, jotka yleensä järjestetään kotikunnassa. Moni vanki on vailla monialaisia palveluita, joten yhdessä vankeuteen liittyvien terveysriskien kanssa vankien terveydenhuollon merkitys korostuu.

Urautuneet vangit ovat sairain ja syrjäytynein väestönosa. Vuosina 2005–2007 toteutetun vankien terveystutkimuksen mukaan lähes 90 prosentilla vangeista oli elämänaikainen päihdehäiriö ja kahdella kolmasosalla jokin persoonallisuushäiriö. Jokin ajankohtainen mielenterveyden häiriö todettiin noin kolmella neljäsosalla ja elämänaikainen häiriö runsaalla 90 prosentilla. Myös erilaiset kehitykselliset ja hankinnaiset neurologiset ja neuropsykiatriset ongelmat ovat yleisiä. Yli 40 prosentilla vangeista oli todettu C-hepatiitti. A-hepatiitti oli todettu lähes kymmenellä prosentilla, B-hepatiitti hieman harvemmalla ja HIV-positiivisia oli yksi prosentti vangeista.

Vapautuneiden vankien suurimpia yksittäisiä kuolemansyitä ovat itsemurhat, päihtheisiin liittyvät kuolemat ja liikennetapaturmat. Vuosina 1993–2002 vapautuneiden vankien kuole-

manriski oli ensimmäisenä vapautumisen jälkeisenä vuonna keskimäärin kahdeksankertainen verrattuna vastaavan ikäiseen muuhun väestöön. Vankilasta vapautuneiden vankien keskimääräinen kuolinikä oli selvästi alle 50 vuotta.

PERUSPERIAATTEET

Säännösten mukaan vankiloiden terveydenhuolto on järjestettävä siten, että vangilla on muun väestön kanssa yhdenvertainen mahdollisuus terveytensä edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja riittäviin terveydenhuollon palveluihin. Pidätettyjä ja vangittuja hoitava lääkäri on aina ensisijaisesti potilaansa lääkäri ja klinikkoo, joka kunnioittaa potilaan oikeuksia samalla tavoin kuin missä tahansa muussa potilas–lääkärisuhteessa.

Hallinnolliset rakenteet saattavat uhata lääkärin autonomiaa, ja taipumus samaistua toimintaorganisaatioon voi koetella ammatti-identiteettiä. Hallinto ja potilaat kohdistavat vankilalääkäriin usein ristiriitaisia odotuksia. Myös potilaiden persoonallisuushäiriöt, heidän tekemiensä rikosten aiheuttamat vastatunteet sekä lääketieteellinen moniongelmaisuus asettavat lääkärin ammatillisuuden ja ammattitaidon jatkuvasti koetukselle. Siksi on erittäin tärkeää, että vankilan terveydenhuollossa työskentelevä lääkäri tuntee terveydenhuollon eettiset periaatteet, tukeutuu niihin ja huolehtii erityisen tarkasti ammattitaitonsa ja henkisen riippumattomuutensa säilyttämisestä sekä työnohjauksensa riittävydestä.

VANKIEN LÄÄKÄRIN ERITYISHAASTEET

Lääkärin velvollisuutena on valvoa, että vangittujen ulkoiset olosuhteet ja heille määrätty rajoitukset tai rangaistukset eivät vahingoita vankien fyysistä terveyttä tai mielenterveyttä. Lääkärin on myös huolehdittava siitä, että vangit saavat tarvitsemansa sairaanhoidon ilman tarpeetonta viivytystä. Lääkäri ei missään oloissa saa osallistua eikä myötävaikuttaa vapaudenriiston kohteeksi joutuneen ihmisen epäinhimilliseen, alentavaan tai julmaan kohteluun. Lääkäri ei saa lääkkeitä potilasta tämän tietämättä tai vastoin tämän tahtoa esimerkiksi maasta karkottamisen helpottamiseksi tai muussa vastaavassa tilanteessa.

Vangin hoidon kulmakivi on ehdoton luottamuksellisuus. Viranomaisten tai vankeinhoitohenkilökunnan pyytäessä lausuntoja tai muita tietoja lääkärin on otettava huomioon salassapitovelvollisuutensa. Lausunnon tai tietojen antaminen on mahdollista vain potilaan suostumuksella, lukuun ottamatta laissa säädettyjä ja tarkoin perusteltuja poikkeuksia. Lääkäri, jonka antama lausunto on johtanut vangin eristämiseen, rankaisemiseen tai vapautumisen lykkääntymiseen, on huonot lähtökohdat luottamuksellisen hoitosuhteen luomiselle tai jatkamiselle.

Mielentilatutkimuksen tai väkivaltariskiarvion vangille tehnyt lääkäri (lähinnä oikeuspsykiatri) ei toimi potilaan hoitavana lääkärinä muuten kuin korkeintaan tilapäisesti, pakotavissa olosuhteissa. Näitä tutkimuksia ja arvioita tehdessään lääkäri toimii oikeuden asiantuntijana. Lääkärin tehtävänä ei ole antaa lausuntoa siitä, kestääkö vanki rangaistuksen, eikä hänen pidä osallistua vangin vankeinhoidollisia etuuksia tai rangaistuksia koskevaan päätöksentekoon. Hänen on pidättäydyttävä antamasta yksittäistä vankia koskevia lausumia, jotka eivät edellytä lääketieteellistä asiantuntemusta.

Lääkäri ei voi hoitosuhdetta vaarantamatta ryhtyä lääketieteellisiin toimenpiteisiin, joilla on muita tarkoituksia kuin vangin terveydentilan arvioiminen, suojeleminen tai parantaminen. Tällaisia ovat muun muassa pakkokeinolaissa (450/1987) mainittuun henkilönlkatsas-

tukseen kuuluva kehon onteloiden tutkiminen tai röntgen- tai laboratoriotutkimusten ottaminen ja tulkitseminen. Vankilan lääkärin ei pidä myöskään osallistua vankiloissa tehtäviin valvonnallisiin huumeaselontoihin sillä tavoin, että potilaiden luottamus hänen toimintaansa hoitavana lääkärinä vaarantuu.

Vankien itsemääräämisoikeutta rajoittaviin toimiin saa ryhtyä vain samoin perustein kuin muitakin potilaita hoidettaessa, esimerkiksi kun on kysymys mielenterveyshäiriöstä tai yleisvaarallisesta tartuntataudista. Jos vanki yrittää ajaa tavoitteitaan esimerkiksi kieltäytymällä ruoasta tai lääkityksestä, on lääkärin Maailman lääkäriiliiton hyväksymissä Tokion ja Maltan julistuksissa kuvatuin tavoin varmistuttava siitä, että potilaalla on riittävästi tietoa päätöksensä vaikutuksista ja että hän on kykenevä päättämään asiasta. Potilaalla on halutessaan oikeus tarpeelliseen lääketieteelliseen seurantaan ja muuhun lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon. Vain lääkäri voi päättää, onko edellytyksiä ja tarvetta ryhtyä toimiin potilaan hoitamiseksi tämän tahdosta riippumatta.

VANKILA JA MUU YHTEISKUNTA

Monet vankilaan joutuvat käyttäytyvät riskialttiisti veri- ja seksiteitse tarttuvien tautien, erityisesti hepatiittien ja HIV-infektion, suhteen. Vankilan olot ja rajoitukset voivat myös edistää riskikäyttäytymistä. Lääkärin on huolehdittava siitä, että vangeilla on samat mahdollisuudet suojautua tarttuvilta taudeilta kuin muillakin ja että tartunnan saaneilla on samat oikeudet pitää tartuntansa salassa.

Kun vanki tarvitsee ulkopuolisen terveydenhuoltoyksikön palveluja, hänellä on yleensä saattajanaan poliisi tai vanginvartija. Nämä saattajat ovat hoitosuhteessa sivullisia. Tutkimustilanne on pyrittävä järjestämään turvalliseksi mutta samalla sellaiseksi, että potilaslääkärisuhteen luottamuksellisuus ei vaarannu. Käytännössä tämä merkitsee tutkimuksen järjestämistä ainakin kuuluyhteyden ja mieluummin myös näköyhteyden ulottumattomissa. Saattajalle voidaan antaa potilasta koskevia salassa pidettäviä tietoja vain potilaan suostumuksella. Jos tutkimustilanteesta tarvitaan turvallisuussyistä toista henkilöä, mukaan pitäisi ottaa hoitohenkilökunnan edustaja eikä vankilan tai poliisin edustaja.

Vangit ja muut vapautensa menettäneet on katsottu lääketieteellisessä tutkimuksessa erityisen haavoittuvaksi ryhmäksi, koska aidon suostumuksen varmistaminen on haasteellista. Maailman lääkäriiliiton Helsingin julistuksessa ja lääketieteellistä tutkimusta koskevassa lainsäädännössä kuvataan periaatteet, joita noudattaen tällaisten henkilöiden osallistuminen kliiniseen lääketutkimukseen tai muuhun lääketieteelliseen tutkimukseen on mahdollista.

Vankien terveydenhuollon kannalta keskeisiä ohjeita ja eettisiä suuntaviivoja on potilaslaissa (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994), mielenterveyslaissa (1116/1990), tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuoltolaissa (1383/2001). Lisäksi asiaa on käsitelty esimerkiksi Maailman lääkäriiliiton (WMA), Euroopan neuvoston kidutuksen vastaisen komitean (CPT) sekä Euroopan neuvoston ministerikomitean raporteissa ja julkilausumissa. Nelson Mandela -säännöt ovat YK:n määrittämät vankien hoidon vähimmäissäännöt: 122-kohtainen luettelo, jolla pyritään varmistamaan vankien mahdollisimman ihmisarvoinen kohtelu. Haavoittuvan ryhmän oikeuksia halutaan turvata myös Istanbulin pöytäkirjan avulla. Se on kansainvälinen käsikirja kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen tutkimiseksi ja dokumentoimiseksi.

Suomessa sekä Valvira että aluehallintovirastot valvovat vankiloiden terveydenhuoltomintaa tarkasti. YK:n kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun

tai rangaistuksen vastaisen yleissopimuksen valinnaisen pöytäkirjan mukainen kansallinen valvoja (OPCAT) on eduskunnan oikeusasiamies, joka tarkastelee vapautensa menettäneiden henkilöiden olosuhteita ja kohtelua. Oikeusasiamiehen verkkosivuilla on hyödyllisiä jo ratkaistuja tapauksia, jotka ohjaavat eettistä päätöksentekoa vaikeissa tilanteissa. ■

Lisätietoja:

Istanbulin pöytäkirja. Ulkoministeriö 2015.

Kidutetun kohtaamiseen tarvitaan koulutusta. Suomen Lääkärilehti 2016;71:866.

Nelson Mandela -säännöt. www.rikkosseuraamus.fi

OPCAT. <https://www.oikeusasiamies.fi/fi/kansallinen-valvontaelin-opcat>

Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman and Degrading Treatment or Punishment: Adopted by the General Assembly of the United Nations by its resolution 37/194 of 18 December 1982. www.un.org
Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. Council of Europe 1998.

Vankilatyön verkosto. <https://wephren.tghn.org/>

WMA Declaration of Malta on Hunger Strikers. (1991) 2017.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/>

WMA Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment (1975) 2006. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/>

WMA Resolution on the Responsibility of Physicians in the Documentation and Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment (2003) 2007. <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/>

Lääkäri, puolustusvoimat ja sota

Puolustusvoimien terveydenhuollon erityispiirre on, että palvelusta suorittavan terveyttä koskevia tietoja voidaan lakiin perustuen antaa hänestä vastuussa olevalle esimiehelle ilman asianomaisen suostumusta, jos tämä on välttämätöntä esimerkiksi palveluksen järjestämiseksi terveyttä vaarantamattomalla tavalla.

Jokaisen Puolustusvoimissa terveystietoja käsittelevän henkilön on noudatettava salassapitovelvollisuutta.

Lääkäri on sotatilanteessa puolueeton lääketieteellinen ammattilainen, jonka on noudatettava samoja eettisiä periaatteita kuin rauhan aikana.

Lääkäriin velvollisuus on antaa vahingoittuneille tarpeellinen hoito riippumatta siitä, mihin osapuoleen he kuuluvat.

PUOLUSTUSVOIMIEN LÄÄKÄRI

Puolustusvoimissa palvelevien asevelvollisten on oltava yhteiskunnan erityisessä suojelussa siten, että palvelusolosuhteiden turvaamiseksi tehdään kaikki mahdollinen. Euroopan ihmisoikeussopimuksessa edellytetään, että kun valtio velvoittaa kansalaisiaan suorittamaan asepalveluksen, sen on ryhdyttävä kaikkiin tarpeellisiin toimiin suojellakseen yksilön henkeä.

Palvelusturvallisuuteen kuuluvat korkealaatuiset terveystalvet, joissa noudatetaan toiminnasta annettuja eettisiä ohjeita. Asevelvollisuuslain (1438/2007) mukaisesti varusmiespalvelustaan suorittavan tulee aina olla terveydentilaltaan palvelukseen kykenevä, eli palveluskelpoinen hänelle määrättyyn tehtävään. Varusmiespalvelus tai käsketty palvelustehtävä ei saa vaarantaa asevelvollisen terveydentilaa, eikä terveydellinen riskinotto ole hyväksyttävää, vaikka asevelvollinen itse sitä haluaisi.

Yhteiskunta on lakisääteisesti velvoittanut sekä kunnat että Puolustusvoimat tarkastamaan asevelvollisen palveluskelpoisuuden useita kertoja ennen palveluksen alkua, jotta voidaan varmistaa asevelvollisen itsensä ja palvelusympäristön turvallisuus. Samalla sotilasviranomaisille on myönnetty laajat tiedonsaantioikeudet muun muassa asevelvollisen terveydentilatietoihin. Henkilötietojen käsittelystä Puolustusvoimissa annetun lain (332/2019) 35 §:n mukaan terveys-tietoja saa salassapidon estämättä luovuttaa myös teknisin tietoyhteyksin, esimerkiksi automaation avulla. Yleensä asevelvollisten ennakkoterveys- tai kutsuntatarkastuksia toteuttavat kuntien virkalääkärit. Lääkäriin on saatava riittävät ja objektiiviset esitiedot kustakin asevelvollisesta. Erityisen tärkeää on, että nuoria tai nuoria aikuisia siviilissä hoitavat lääkärit harkitsisivat potilaan toiminta- ja työkykyä arvioidessaan myös tämän palveluskelpoisuutta. Jos palveluskelpoisuus vaikuttaa uhatulta, on potilaan etu, että lääkäri ilmoittaa rajoitteesta tai sen epäilystä sotilasviranomaiselle. Asevelvollisen – myös kutsuntaan osallistuvan – terveys-tietoja on käsiteltävä yksilöllisesti ja luottamuksellisesti.

Varusmiespalveluksen tai naisten vapaaehtoisen palveluksen luonteeseen kuuluu osittainen yksityisyydestä ja itsemääräämisoikeudesta luopuminen. Sotilaina heitä koskevat sekä palveluksessa että vapaa-aikanaan tiukemmat toimintaa ja käyttäytymistä koskevat säännöt kuin siviilejä. Palvelusolosuhteet asettavat myös rajoitteita muun muassa yhteydenpidolle.

Koska puolustusvoimien ulkopuolisten terveydenhuoltopalvelujen käyttö on varusmiespalveluksessa rajoitettua, palvelustaan suorittavalla on vähän mahdollisuuksia valita hoitopaikkaansa. Perusterveydenhuolto toteutuu varuskunnassa ja erikoissairaanhoido lähimmän sairaanhoitopiirin sairaalassa potilaan kotikunnasta tai asuinpaikasta riippumatta. Samoin lähiomaisten osallistuminen hoitotilanteisiin on hyvin rajoittunutta. Tilanne edellyttää lääkäriltä vahvaa ammattitaitoa hoitosuhteen onnistumisen turvaamiseksi.

Varusmiespalveluksessa käytetään nykyisin joustavia menettelyjä pienissä vaivoissa. Ensimmäisenä käytäntönä on ns. palvelusjousto, jossa esimies sopii varusmiehen kanssa päiväkohtaisesti joustoista palvelustehtäviin. On huomioitava, että kyseessä ei ole terveydenhuollon kontakti eikä kohtaamisessa käsitellä terveystietoja. Hiemankaan epäselvissä tapauksissa, usein varusmiehen itsensä pyrkiessä vaivastaan huolimatta normaaliin palvelukseen, varusmies määrätään vastaanotolle. Varusmiehellä on lisäksi aina oikeus päästä halutessaan terveydenhuollon ammattihenkilön arvioon. Hoidon tarvetta arvioidaan sekä puhelimitse että fyysisesti vastaanotolla, ja suurimman osan hoitokontakteista toteuttavat muut ammattihenkilöt kuin lääkärit. Vaikka erinomainen rokotuskattavuus ja tehokkaat hygieniatoimet ovat vähentäneet epidemioita varuskunnissa, on vastaanotoilla silti ajoittain paljon varusmiehiä. Vakavasti sairastuneiden löytäminen suuresta potilasjoukosta vaatii lääkäriltä avointa mieltä ja tarkkaa kliinistä silmää.

Puolustusvoimien lääkärin tehtävänä on paitsi huolehtia potilaan terveydestä, myös edistää puolustusvoimien tehokasta toimintaa. Tätä kaksoisroolia toteuttaessaan lääkärin on oltava objektiivinen asevelvollista tai vapaaehtoista palvelusta suorittava henkilöä koskevissa lausunnoissa ja ratkaisuissa. Vaikka terveydenhuolto tapahtuu aina yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, on lääkärin muistettava objektiivisuus myös tilanteissa, joissa esimerkiksi potilas itse yliarvioi oman terveydentilansa tai toipumistaan. Lyhentyneet palvelusajat ja vastaavasti tehostunut varusmieskoulutus eivät salli pitkiä poissaoloja palveluksesta, ja osa varusmiehistä saattaa piilotella tai vähätellä oireitaan. Lääkäri on velvollinen rajoittamaan potilaan oikeutta osallistua palvelustehtäviin lääketieteellisten perusteiden mukaisesti – myös silloin, kun potilas on toista mieltä. Palvelus on keskeytettävä, jos palveluskelpoisuus on vamma tai sairauden vuoksi vaarantunut pitkähköksi ajaksi. Pitkähköllä ajalla käsitetään yleisesti yli kuukauden mittaista rajoitetta palvelustehtäviin.

Ei ole asianmukaista leimata palvelukseen vastahakoisesti suhtautuvaa sairaaksi ilman riittäviä muita kriteerejä, ei myöskään pelastaa häntä kurinpidollisilta seuraamuksilta tai palveluksen jatkamiselta liian kevein perustein tehdyn taudinmäärityksen avulla. Koska osa palveluksessa koetuista ongelmista juontuu muista kuin lääketieteellisistä syistä, lääkärin on perusteltua toimia tiiviissä yhteistyössä sosiaalikirurgien ja sotilaspastorien kanssa ratkaisuja etsittäessä. Palveluksensa terveydellisistä syistä keskeyttävät varusmiehet on lähetettävä tarpeenmukaiseen jatkohoitoon siviilissä.

Puolustusvoimien terveydenhuollon erityispiirteinä on, että palvelusta suorittavan terveyttä koskevia tietoja voidaan lakiin perustuen antaa ilman asianomaisen suostumusta joukon komentajalle tai muulle asianomaisesta vastuussa olevalle esimiehelle. Edellytyksenä on, että tämä on välttämätöntä esimerkiksi palveluksen keskeyttämiseksi tai palveluksen järjestämiseksi siten, että se ei vaaranna terveyttä. Kaikki varusmiesten terveyttä koskevia tietoja käsittelevät henkilöt ovat terveydenhuoltohenkilöstöön verrattavalla tavalla salassapitovelvollisia, ja heille on syytä korostaa tätä. Salassapitoon liittyvää koulutusta on annettava säännöllisesti, jotta toiminnan luottamuksellisuus ei kärsi. Tällöin on myös muistettava, että sotilaslääkärin apulaisina toimii koulutuksellisuudesta syistä varsin lyhyen lääkintäkoulutuksen saaneita asevelvollisia, joilla ei vielä ole luottamuksellisuudessa tärkeää ammatti-identiteettiä. Jos lääkäri katsoo olevansa velvoitettu kertomaan potilaan sairauden aiheuttamista välttämättö-

mistä toimenpiteistä tämän esimiehelle, on hänen luottamuksen säilyttämiseksi ensin informoitava asiasta potilasta itseään.

Erityisesti rauhanaikaisissa oloissa lääkärin on huolehdittava vastaanottotilanteiden järjestämisestä sellaisiksi, ettei potilas–lääkärisuhteen luottamuksellisuus vaarannu. Potilaan asema varusmiehenä tai sotilaana ei oikeuta luopumaan potilaan tiedonsaantioikeudesta eikä hänelle tehtäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä koskevan yhteisymmärryksen periaatteista. Poikkeusoloissa näistä periaatteista voidaan joutua tinkimään.

LÄÄKÄRI JA SOTILAALLINEN KRIISINHALLINTA

Lääkäreitä työskentelee puolustusvoimien tehtävissä myös sotilaallisessa kriisinhallinnassa. Lisäksi siviilikriisinhallinnassa saattaa toimia lääkäriksi koulutettuja. Kriisit ovat suurella määrällä muuttuneet luonteeltaan epäsymmetrisiksi. Osapuolina ovat voimakas tai heikko valtiollinen taho ja eräänlaista sissisotaa käyvät tai terroristiset ryhmittymät. Kriisinhallintaoperaation aikana alueelle tulee lisäksi hyvin varusteltu ja usein teknologisesti ylivoimainen kriisinhallintajoukko. Kriisinhallintajoukon toimialueella ei välttämättä ole minkäänlaista valtiollista toimijaa tai hallintoa, vaan yhteiskunta perustuu sukujen tai klaanien kaltaiseen rakenteeseen. Kriisinhallintatehtävät ovat yhä haastavampia, ja taistelusketuksen riski on merkittävästi kasvanut.

Kansainväliset sodan oikeussäännöt ovat hämärtyneet muun muassa kriisien epäsymmetrisyyden takia. Lääkintähuoltoa ja -henkilöstöä on nykykonflikteissa pyritty tarkoituksellisesti häiritsemään ja tuhoamaan. Vaikka kriisinhallintajoukkoa sitovat muun muassa Geneven sopimukset sekä toimivaltuussäännöt, kriisin eri osapuolet voivat käyttää kriisinhallintajoukon lääkintähenkilöstöä kohtaan aseellista voimaa suojeluvaikeudesta huolimatta. Lääkintähenkilöstö saattaa näyttäytyä jopa houkuttelevana iskukohteena, koska lääkintäjoukkoa vahingoittamalla heikenee myös taistelevien joukkojen suorituskyky. Joillakin alueilla ja joissakin tilanteissa lääkintähenkilöstö on paremmassa turvassa, jos se jättää lääkintätunnuksen (yleensä punainen risti) merkitsemättä ajoneuvoonsa tai henkilöstönsä.

Kriisinhallintaoperaation aikana kriisinhallintajoukkojen ja paikallisen väestön välille yleensä syntyy voimakas elintasaraja. Kriisinhallintajoukon lääkintävoima on vahva, ja vähäisetkin vaivat hoidetaan jopa tehokkaammin kuin kotimaassa. Joukolla on käytettävissään keskussairaala- ja hoitoresurssit ja evakuointimahdollisuudet kotimaahan. Ympäröivän yhteiskunnan terveydenhuolto saattaa olla täysin tuhoutunut, eikä väestöllä ole käytettävissään vähäisimpiäkään terveydenhuollon resursseja. Lääkärin tehtävä on kuitenkin ensisijaisesti varautua pitämään yllä kriisinhallintahenkilöstön terveyttä. Tämä turvaa joukon toiminnan ja siten alueen väestön turvallisuuden.

Kriisinhallintajoukon lääkintähenkilöstön suorat mahdollisuudet toimia paikallisen väestön auttamiseksi voivat turvallisuussyistä olla olemattomat. Kriisinhallinnan lääkintähenkilöstö on – turvallisuustilanteen mukaan – aina pyrkinyt oman joukkonsa lääkinnästä huolehtimisen lisäksi tukemaan ympäröivää, usein kehittymätöntä yhteiskuntaa. Näin on tehty, sillä konfliktien uhreista suurin osa on yleensä siviilejä. Lääkinnän resursseja käytetään aika ajoin myös positiivisessa viestinnässä toimialueen väestölle. Sotilaallisen kriisinhallinnan voimavaroja käytetään yhä laajemmin myös muiden humanitaaristen kriisien lievittämisessä. Lääkintä- ja pelastustoiminta korostuu keskeisesti etenkin luonnonkatastrofien jälkitoimissa.

LÄÄKÄRI JA SOTA

Sotien oikeutusta pohtiessaan lääkäri on saman eettisen ongelman edessä kuin kuka tahansa kansalainen miettiessään ihmishenkien menetystä suhteessa sodasta mahdollisesti saatavaan hyötyyn. Lääkärinvalassa luvataan toimia ihmisyyttä ja elämää kunnioittaen. Osa lääkäreistä katsoo, ettei toisen ihmisen tappamiselle ole olemassa mitään hyväksyttävää perustelua. Myös lääkäreiden rauhanliikkeellä on pitkät perinteet. Kyse ei useimmiten ole ollut pasifistisesta kaikesta väkivallasta kieltäytymisestä, vaan pyrkimyksestä ehkäistä suuria inhimillisiä kärsimyksiä aiheuttavia aseellisia konflikteja.

Sodankäynnistä aiheutuvan epäinhimillisyyden ehkäisemiseksi ja sodan uhrien oikeusturvan parantamiseksi on laadittu useita kansainvälisiä sopimuksia:

- Keskeisiä ovat vuonna 1949 Genevessä hyväksytyt neljä yleissopimusta, jotka koskevat maasodassa ja merisodassa haavoittuneita sekä sotavankeja ja siviiliväestöä. Sopimukset takaavat lääkintähenkilökunnalle puolueettomuuden ja suojelun. Heitä ei saa ottaa sotavangiksi eikä vastapuolen valtaan enempää kuin sotavankien hoito vaatii.
- Tarkempia ohjeita lääkärin toiminnasta sisältyy Maailman lääkäriliiton kannanottoihin, jotka koskevat aseellisen konfliktin aikaa.
- Punaisen Ristin kansainvälinen komitea sekä Maailman terveysjärjestö WHO ovat myös vahvistaneet nämä säännökset.

Kansainvälisten sopimusten keskeinen periaate on, että aseellisissa selkkauksissa palvelevan lääkintähenkilöstön on toimittava samassa lääkärin etiikan hengessä kuin rauhan aikana. Riippumatta siitä, kuuluuko lääkäri puolustusvoimien organisaatioon vai toimiiko hän kansainvälisen Punaisen Ristin taikka muun humanitäärisen organisaation palveluksessa, hän on taistelualueella ensisijaisesti puolueeton lääketieteellinen ammattilainen. Lääkärin on noudatettava samoja eettisiä periaatteita kuin rauhan aikana. Lääkärin velvollisuus on antaa vahingoittuneille tarpeellinen hoito riippumatta siitä, mihin osapuoleen he kuuluvat. Lääkäri ei saa milloinkaan osallistua kidutukseen tai lääketieteellisin keinoin mahdollistaa kidutuksen toteuttamista.

Lääkärin tehtävänä sotaoloissa on toimivan terveydenhuoltojärjestelmän pystyttäminen ja ylläpitäminen sekä haavoittuneiden ja sairastuneiden hoito. Toiminnalla ei saa vaarantaa paikallisen terveydenhuoltojärjestelmän jatkuvuutta, sillä ulkopuoliset tahot aina poistuvat toimialueelta jossakin vaiheessa. Yleisohjeena sodan tai kriisitilanteen olosuhteissa on potilaan hengen ja raajan pelastaminen. Pelastettavissa olevien potilaiden määrän maksimoimiseksi on välttämätöntä soveltaa joukkolääkinnän potilasajitteluperiaatteita eli triage-menettelyä. Sodassa tai kriisitilanteissa hoitotoimenpiteet pyritään toteuttamaan vaiheistettuina siten, että kussakin terveydenhuoltopaikassa tehdään vain ehdoton minimi ajan ostamiseksi jatkohoidolle. Lääkärin on ennalta varauduttava tilanteeseen, jossa osan potilaista on annettava inhimillisyyttä ja ihmisarvoa varmistaen kuolla.

Maailman lääkäriliitto ja useat muut lääkärijärjestöt, Maailman terveysjärjestö ja Punaisen Ristin kansainvälinen komitea ovat ottaneet selkeän kielteisen kannan joukkotuhoaseisiin. Ydinaseiden, radioaktiivisten aseiden samoin kuin biologisten ja kemiallisten aseiden aiheuttamat terveys- ja ympäristövaikutukset ovat hallitsemattomia ja voisivat koitua kaikkien osapuolten tuhoiksi. Lääkäreiden osallistuminen toimintaan ydinaseiden ja muiden joukkotuhoaseiden hävittämiseksi on eettisesti perusteltua. ■

Lisätietoja:

International Committee of the Red Cross ICRC: International Humanitarian Law (IHL) (1949-1997). www.icrc.org

International Committee of Military Medicine ICMM Center of Reference for Education on IHL and Ethics:

Military and Humanitarian Health Ethics(2020). www.melac.ch

Maailman lääkäriliitto WMA: Regulations in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence (2012),

Declaration and Statement on Nuclear Weapons (1998/2008). www.wma.net

ICRC: Health Care in Danger (2011). healthcareindanger.org

ICRC: War Surgery (2010). www.icrc.org

Koulutus ja tutkimus

Lääkäriin työ vaatii laajoja tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia. Nämä on opittava lääketieteen perusopetuksessa. Tämä ei kuitenkaan vielä riitä, koska lääketieteen jatkuva kehittyminen edellyttää lääkäreiltä jatkuvaa ammatillista kehittymistä ja elinikäistä oppimista. Lääkäriksi oppimisessa kollegojen ohjaus on ensiarvoisen tärkeää, mutta myös potilaiden osallistuminen opetukseen on välttämätöntä. Potilaiden oikeudet ja hyvä hoito eivät saa kärsiä opetuksesta. Oppimiselle on rakennettava kannustava ja palkitseva ympäristö. Lääkärien jatkuva täydennyskoulutus on paitsi lääkäreiden, myös työnantajan velvollisuus.

Lääketieteellinen tutkimus on potilaiden hoidon kehittämisen kivijalka. Tutkimus on eettisesti herkkää, koska se edellyttää aina jossakin vaiheessa myös ihmisillä tehtävää tutkimusta. Tutkimukseen osallistumisessa voi aina olla riskejä, minkä vuoksi sen on perustuttava vapaaehtoiseen, tietoon perustuvaan suostumukseen. Kliinisen tutkimuksen eettinen ja juridinen sääntely on jakautunut monille viranomaisille. Tutkijan on tunnettava tutkimustyötä ohjaava lainsäädäntö sekä julistukset ja kansainväliset sopimukset. Tutkimustulosten julkaisu on niiden soveltamisen kannalta keskeistä, ja sen tulee täyttää tiukat tieteelliset kriteerit. Eettisesti korkeatasoinen tiede ei hukkaa tutkimusresursseja, sen tulokset ovat luotettavia ja ne julkaistaan kaikkien saataville.

Tässä luvussa käsitellään lääketieteen oppimisen ja opetuksen luonnetta sekä perusopetuksessa että täydennyskoulutuksessa. Tutkimuksen osalta käsitellään kliiniseen tutkimukseen liittyviä eettisiä ja juridisia näkökohtia, hyvää lääketieteellistä julkaisukäytäntöä ja erilaisten eettisten toimikuntien toimintaa Suomessa.



Opetus, oppiminen ja etiikka

Professionalismin keskeisiä edellytyksiä on lääkärin velvollisuus pitää jatkuvasti yllä korkeaa ammattitaitoaan sekä opettaa lääketieteen opiskelijoita ja nuorempia kollegoja.

Lääkärin etiikan keskeisiin periaatteisiin on jo Hippokrateen valasta alkaen kuulunut tärkeitä opetukseen ja oppimiseen liittyviä periaatteita. Ne sisältyvät myös nykyiseen Maailman lääkäriliiton Geneven julistukseen, kotimaiseen lääkärintoimintamääräyksiimme ja lääkärin eettisiin ohjeisiin. Lääkärillä on velvollisuus opettaa lääketieteen opiskelijoita sekä nuorempia kollegoja. Niin ikään lääkärin velvollisuutena on pitää jatkuvasti yllä korkeaa ammattitaitoa ja arvioida työnsä laatua. Hippokrateen valaan liittyy lääkärin erityinen arvostus opettajia kohtaan: ”Tulen pitämään vanhempieni arvoisena sitä, joka on opettanut minulle tämän taidon, ja jakamaan hänen kanssaan elatukseni, ja hänen tarvitessaan apua tulen sitä antamaan.” Maailman lääkäriliiton vuonna 2017 uusitussa Geneven julistuksessa lääkäri lupaa: ”Osoitan opettajilleni, kollegoilleni ja opiskelijoilleni heille kuuluvaa kunnioitusta ja kiitosta”. (Ks. **Professionalismi ja kollegiaalisuus**)

Eettisiä ristiriitatilanteita voi syntyä, jos lääkäriksi opiskelu, ammatillinen ja tieteellinen jatkokoulutus tai täydennyskoulutus, eli jatkuva ammatillinen kehittyminen, ei jostain syystä suju tai toteudu. Ristiriitatilanteiden syinä voivat olla puutteelliset resurssit ja opetuksen rakenteet, opettajien tai muiden vanhempien kollegojen asenteet tai lääketieteen opiskelijan ja lääkärin itsensä kyvyttömyys tai haluttomuus oppimiseen.

TIETOA, TAITOA JA ASENNETTA

Lääkäriskoulutuksen tärkeimpiä tehtäviä on kouluttaa lääkäreitä yhteiskunnan tarpeisiin ja huolehtia lääketieteellisen tutkimuksen jatkuvuudesta. Koulutukseen kuuluu olennaisena piirteenä jännite, joka syntyy tieteellisyyden ja ammattiin valmistavan muun aineksen yhdistämisestä samassa tutkinnossa. Lääkärien koulutuksessa opetusjärjestelmä ja oppimisympäristö on luotava sellaiseksi, että siinä voivat kehittyä hyvän lääkärin ominaisuudet: humaani suhtautuminen, halu ja kyky jatkuvaan tiedon hankintaan ja sen kriittiseen arviointiin, hyvä ongelmanratkaisukyky, hyvät yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot sekä hyvät kliiniset taidot. Opettajalääkäreillä on keskeinen vastuu näiden tavoitteiden saavuttamisesta. Heidän täytyy välittää opiskelijoille tieteelliseen näyttöön tai vankkaan kokemukseen perustuvan tiedon merkitys.

Opettajalääkärien olisi välitettävä lääketieteen opiskelijoille myös sitä hiljaista tietoa, joka heijastuu hyvänä ja eettisesti arvokkaana toimintana lääkärinä. Opettajan esimerkillä ja asenteella on suuri merkitys oman rajallisuuden tiedostamisessa ja nöyryydessä potilas-lääkärisuhteessa. Eettisiä kysymyksiä on hyvä alkaa pohtia jo opintojen alkuvaiheesta lähtien toistuvasti koko tutkinnon ajan. Ongelmalähtöinen oppimismenetelmä antaa siihen entistä paremmat mahdollisuudet, kun raja ei-kliinisten ja kliinisten opintojen välillä ei ole enää yhtä jyrkkä kuin aiemmin.

Lääketieteen opiskelijan samastuminen lääkäriprofession on hyvin nopeasti tapahtuva prosessi. Opiskelija omaksuu lääkärinä olemisen roolin jo ensimmäisten opiskeluvuosiensa aikana. Suuri osa opiskelijoista on päättänyt opintoalan valinnasta jo ennen lukiota, ja monella on mallina jokin läheinen tai sukulainen. Laajan Lääkäri 2018 -tutkimuksen mukaan useampi kuin neljä viidestä (83 %) nuoresta lääkäristä kertoo, että kiinnostus ihmiseen vaikutti erittäin paljon tai melko paljon lääketieteen opintojen valitsemiseen. Seuraavaksi useimmin valintaan vaikuttaneina tekijöinä mainittiin arvostettu ammatti ja kutsumusammatti. Neljänneksi tärkeimmäksi tekijäksi nuoret lääkärit nostivat monipuoliset työmahdollisuudet.

Lääketieteellisten tiedekuntien opettajien ja opiskelijoiden välinen suhde on perinteisesti hyvin läheinen, ja sitä voisi luonnehtia kollegiaaliseksi jo alusta alkaen. Ammattikuntaan kasvaminen on pääasiassa tulosta hiljaisen tiedon välittymisestä esimerkkinä ovelta vanhemmalta lääkäriltä opiskelijalle. Sekä hyvät että huonot roolimallit auttavat nuoren lääkärin kasvamisessa profession jäseneksi. Huonot mallit ovat varoittavia esimerkkejä ajattelevalle ja tuntevalle opiskelijalle.

Opettajien on syytä suhtautua tasapuolisesti ja kunnioittavasti kaikkiin lääketieteen erikoisaloihin, niin perusterveydenhuoltoon kuin erikoissairaanhoidonkin. Terveystieteiden huolto on luonteeltaan moniammatillista, ja sen vuoksi on tärkeää, että lääkärikoulutuksessa opitaan myös yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa.

Lääketieteen kehittyessä opetuksen ongelmaksi on tullut se, että tutkintoon ei voi säädetyssä ajassa mitenkään sisällyttää kaikkea uutta tietoa aiemman rinnalle. Ydinopetus suunnitelman on sisällettävä se, mitä jokaisen lääkärin on osattava. Siinä on myös määritettävä, mitkä ainekset eivät ole välttämättömiä kaikille lääkäreille ja mitkä soveltuvat paremmin erikoistumiskoulutukseen. Lääkäriliitto oli mukana lääketieteellisten tiedekuntien yhteisessä hankkeessa, jossa määriteltiin lääkärikoulutuksen keskeinen sisältö. Valmistuvan lääkärin osaamistavoitteet hyväksyttiin lääketieteellisten tiedekuntien dekaanien kokouksessa kesäkuussa 2020.

Suuri osa lääkäreistä on aidosti kiinnostunut opettamisesta ja saa siitä sisältöä sekä tyydytystä työhönsä. Vaikka toiset tuntuvat olevan luonnostaan hyviä opettajia, on lääkäriopettajaksi mahdollista myös pätevoityä. Professoreita ja muuta opetushenkilökuntaa valittaessa opetusansioita on alettu korostaa aikaisempaa enemmän, vaikka tieteellisillä meriiteillä on

edelleen valinnoissa suurin painoarvo. Iso joukko on hankkinut pedagogista koulutusta ja saanut Lääkäriliiton tai Hammaslääkäriliiton myöntämän lääkärikouluttajan tai hammaslääkärikouluttajan erityispätevyyden.

MESTARI-KISÄLLI-MALLI

Lääkärin hyviin kliinisiin taitoihin kuuluvat olennaisesti hyvät vuorovaikutustaidot. Niitä voi kehittää, ja koulutuksessa on viime vuosina paneuduttu erityisesti varhaisten potilaskontaktien laajaan hyödyntämiseen sekä kliinisten taitojen ja vuorovaikutustaitojen suunnitelmalliseen opiskeluun. Lääkärikoulutus on perinteisesti perustunut pitkälti käytännölliseen mestari-kisälli -malliin. Opiskelijamäärien kasvaessa tämä malli on vaarantunut eikä opetuspotilaista riitä kaikille opiskelijoille. Vastedes vaarana voi olla lääkärikoulutuksen laadun huononeminen ja potilasturvallisuuden vaarantuminen. Kun opiskelijamäärät ovat kasvaneet, opetuksessa käytetään yhä useammin muita kuin yliopistollisia keskussairaaloita. Pienemmissä sairaaloissa opiskelijoilla on mahdollisuus tutustua vähemmän valikoituneeseen potilasaineistoon ja saada enemmän kokemusta erilaisista toimenpiteistä. (Ks. *Opetuspotilaan asema*)

Suomessa on kansainvälisesti melko poikkeuksellinen järjestelmä, jossa lääketieteen opiskelijat voivat neljännen opiskeluvuoden jälkeen toimia lääkärin sijaisena ensin sairaaloissa ja viidennen opiskeluvuoden jälkeen myös terveyskeskuksissa. Tällä järjestelmällä on ollut ja on tulevaisuudessakin tärkeä lääketieteen opiskelua täydentävä merkitys. Lääkärin sijaistaminen loma-aikana ja mahdollisuus keskittyä olennaisiin asioihin lisäävät myös opiskelumotivaatiota. Tällä kokemuksella ja vanhempien kollegojen esimerkillä on hyvin suuri vaikutus nuorten lääkäreiden erikoisalan valintaan. Lääkäri 2018 -tutkimuksen mukaan 96 prosenttia nuorista lääkäreistä aikoo erikoistua. Opiskeluaikaiset myönteiset työkokemukset alalla ja kollegojen hyvä esimerkki ovat tutkimuksen mukaan erittäin merkittäviä tekijöitä erikoisalan valinnassa.

EETTINEN VELVOITE KOULUTTAUTUA

Erikoislääkärikoulutuksen ongelmana on ollut erikoistuvien lääkäreiden puutteellinen perehdytys ja ohjaus. Koulutuspaikoissa jokaisella kollegalla on velvollisuus ohjata erikoistuvia lääkäreitä. Erikoistuvan lääkärin itsensä velvollisuus on riittävästi paneutua työtehtäviinsä, opiskella ja konsultoida kokeneempia kollegoja.

Kouluttajan on suunniteltava työtehtävät niin, että ne kattavat erikoisalan keskeiset toiminnot. Koulutusta pitää arvioida jatkuvasti. Aiemmin arviointi perustui liiaksi vain erikoistumisen lopussa suoritettavaan valtakunnalliseen erikoislääkärikuulusteluun. Erikoistuvan lääkärin ja kouluttajan on seurattava koulutukselle asetettujen tavoitteiden toteutumista esimerkiksi lokikirjan tai oppimiskansion avulla. Jokaiselle erikoistuvalla lääkärille on nimettävä henkilökohtainen ohjaaja. Jokaisella erikoistuvalla pitää myös olla henkilökohtainen koulutussuunnitelma ja säännölliset kehityskeskustelut ohjaajan kanssa. Kehityskeskustelukuluttuoria opetettaessa tavoitteena on omaksua kehityskeskustelut osaksi lääkärin ammatillista toimintaa.

Erikoislääkärikoulutusta arvioitaessa on yksittäisen erikoistuvan lääkärin ohella nykyistä enemmän arvioitava koulutusta antavia yksiköitä. Kansainvälisten mallien pohjalta tämä toiminta on alkanut yleistyä meilläkin.

Lääkärin ammattieettisiin velvollisuuksiin kuuluu ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen. Tähän velvoittavat myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) sekä terveydenhuoltolaki (1326/2010). Perinteisen täydennyskoulutuksen (CME, Continuous Medical Education) sijaan on entistä enemmän alettu käyttää laajempaa lääkärin jatkuvan ammatillisen kehittymisen käsitettä (CPD, Continuous Professional Development). Monien asiantuntijoiden mielestä jatkuvan ammatillisen kehittymisen pitäisi alkaa jo lääkärin peruskoulutuksen aikana. ■

Lisätietoja:

Holmberg-Marttila D, Turunen J-P, Helminen E-E, Pimiä E. Opiskelu ja koulutus. Kirjassa: Lääkäriksi. Pasternack A, Pelkonen R, Eskola K, Haahtela T (toim.). Kustannus Oy Duodecim 2007.

Lääkärin ammatillisen kehittymisen ja täydennyskoulutuksen suuntaviivat – Lääkäriliiton suositus. <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/ammattillinen-kehittyminen/taydennuskoulutus>

Mattila P, Parmanne P, Aine T, Halila H, Heikkilä T, Heistaro S, Hyppölä H, Kaila M, Kortekangas-Savolainen O, Kosunen E, Kujala S, Kulmala P, Mattila K, Mäntyselkä P, Rellman J, Sumanen M. Lääkäri 2018. Kyselytutkimus vuosina 2007-2016 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot 2019:69.

Ryynänen K. Constructing Physician's Professional Identity – Explorations of Students' Critical Experiences in Medical Education. Väitöskirja, Oulun yliopisto 2002.

Suositus etiikan opetuksesta lääketieteen koulutuksessa <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/ammattillinen-kehittyminen/etiikan-opetus/>

Jatkuva ammatillinen kehittyminen

Jatkuva ammatillinen kehittyminen (CPD, Continuous Professional Development) on lääkärin ja hammaslääkärin eettinen velvollisuus.

Työnantajan vastuulla on huolehtia riittävästä ja monipuolisesta täydennyskoulutuksesta ja vastata sen kustannuksista.

Ammatillisen kehittymisen tulee perustua lääkärin, hänen potilaidensa, työyhteisön ja yhteiskunnan tarpeisiin. Se on terveydenhuollon toimintaa, jolle asetetaan tavoitteita ja jonka toteutumista seurataan.

Lääkärin osaaminen on toimivan ja korkeatasoisen lääketieteellisen hoidon perusta. Se edellyttää jatkuvaa ammatillista kehittymistä taidoissa ja toimintatavoissa. Lähtökohdana on lääkärin tarve ja halu kehittyä. Lääkärillä ja hammaslääkärillä on lakiin perustuva ja eettinen velvoite ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan, ja lääkärin/hammaslääkärin vala velvoittaa arvioimaan oman työn laatua. Ammatissa kehittyminen tapahtuu työssä oppimalla, palautteen avulla ja täydennyskoulutuksella. Sillä on suuri merkitys lääkärin työhyvinvoinnille. Ammatillista kehittymistä tuetaan hyvällä johtamisella.

Jatkuva ammatillinen kehittyminen ja sen rinnakkaistermi elinikäinen oppiminen (*life long learning*) sisältävät tavoitteen osaamisen ja ammattitaidon lisääntymisestä läpi työuran

kohti erinomaisuutta. Täydennyskoulutus (*Continuing Medical/Dental Education*) on yksi keino osaamisen kehittämisessä, ja aikuisoppimisen tutkimuksen mukaan tärkeitä ovat lisäksi työssä ja työpaikalla oppiminen. Osaamista voidaan kehittää monin tavoin. Osa kehittämisestä on perustoimintaa, kuten konsultaatiot, arvioinnit, kehittämistoiminta tai verkko-oppiminen. Keskeistä on, että oppiminen on tavoitteellista ja oppimistilanteet ovat korkealaituisia.

Täydennyskoulutuksessa ja ammatillisessa kehittämisessä on otettava huomioon lääkärin toiminnan monimuotoisuus. Hyvä viitekehys on Kanadassa kehitetty CanMEDS, jossa lääkärin osaaminen on jaettu osa-alueisiin.

Lääkärin osaaminen (CanMEDS)

- lääketieteellinen osaaminen (Medical Expert)
- tiedonhallinta ja oppiminen (Scholar)
- vuorovaikutustaidot (Communicator)
- yhteistyötaidot (Collaborator)
- professionalismismi (Professional)
- toiminnanohjauksen taidot (Manager)
- terveyden edistäminen (Health Advocate)

LAIN VELVOITTEET

Terveydenhuoltolain (1326/2010) säätäminen vahvisti täydennyskoulutuksen merkitystä. Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin sekä oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Jatkuva ammatillinen kehittyminen on välttämätöntä tavoitteen saavuttamiseksi. Terveydenhuoltolaki velvoittaa terveydenhuollon työnantajat huolehtimaan terveydenhuoltohenkilöstön riittävästä täydennyskoulutuksesta niin, että työn vaativuus ja tehtävien sisältö otetaan huomioon. Laissa ei aseteta ammattiryhmäkohtaisia minimikoulutusaikoja, mutta terveydenhuollon pisimmälle koulutettuna ammattiryhmänä lääkärin täydennyskoulutukselle on kiistaton tarve.

Lääkärin ja hammaslääkärin velvollisuudesta ylläpitää ammattitaitoaan säädetään laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1659/2015): *Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin.*

Lääkärin ja hammaslääkärin työnantajan tulee seurata työntekijöidensä kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että työntekijä voi osallistumalla tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojaan ja taitojaan voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti.

Täydennyskoulutus ja ammatillinen kehittyminen on siis säädetty niin lääkärin kuin hänen työnantajansakin velvollisuudeksi. Velvollisuus koskee yhtä lailla itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivaa lääkäriä.

LÄÄKÄRI- JA HAMMASLÄÄKÄRIJÄRJESTÖJEN SUOSITUKSET

Täydennyskoulutuksen on oltava riittävää. Laki ei aseta koulutuksen minimimääriä, mutta Lääkäriliiton suosituksen mukaan

- Jokaisella lääkärillä tulee olla mahdollisuus työnantajan kustannuksella työpaikan ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen vähintään kymmenen päivää vuodessa.
- Jokaisen lääkärin työaikaan tulee sisältyä vähintään viisi tuntia viikossa työpaikan sisäistä täydennyskoulutusta, kuten meeting-toimintaa ja omatoimista opiskelua.

Hammaslääkärijärjestöt (Suomen Hammaslääkäriliitto, Suomen Hammaslääkärisseura Apollonia ja Terveyskeskushammaslääkäriyhdistys) julkaisivat vuonna 2014 suosituksen ammatillisen osaamisen suunnitelmallisesta kehittämisestä. Se päivitettiin vuonna 2019. Suositus kuvaa ammattitaidon ylläpitämisen eettisiä ja juridisia perusteita, kansainvälisiä menetelytapoja sekä suositeltavia käytäntöjä, kuten koulutussuunnitelman laatimista ja osaamisen kehittämisen systemaattista rekisteröintiä. Suositus ottaa kantaa myös täydennyskoulutuksen järjestämiseen ja korostaa koulutuksen laadun ja vaikuttavuuden arviointia sekä täydennyskoulutuksen objektiivisuutta ja läpinäkyvyyttä.

Suosituksen mukaan hammaslääkärien tulee kehittää ammatillista osaamistaan vähintään 8–9 koulutuspäivän verran vuodessa.

Suomen Lääkäriliiton ja Suomen Hammaslääkäriliiton tutkimusten mukaan nämä suosistusten minimimäärät eivät valitettavasti vielä täyty.

Kolme valtakunnallista lääkärijärjestöä, Suomen Lääkäriliitto, Suomalainen Lääkärisseura Duodecim ja Finska Läkaresällskapet, perustivat helmikuussa 2007 Pro Medico ry:n tukemaan lääkärin ammatillista kehittymistä ja täydennyskoulutusta. Pro Medico antoi suosituksia ja ohjeita täydennyskoulutukseen osallistumisesta, koulutuksen tavoitteista ja suunnittelusta, arvioinnista ja rahoituksesta sekä yhteistyöstä lääketeollisuuden kanssa. Se rakensi jatkuvan ammatillisen kehittymisen työvälineitä, joilla voidaan seurata, arvioida ja suunnitella ammatillisen osaamisen kehittämistä. Tällainen on esimerkiksi lääkärin ammatillisen kehittymisen seurantaan tarkoitettu verkkotyökalu Taitoni.fi. Pro Medicon toiminta lakkautettiin vuonna 2019, mutta lääkärijärjestöt jatkavat toimintaa.

Lääketeollisuudella ja muulla lääketieteeseen liittyvällä teollisuudella on ollut merkittävä rooli lääkärin täydennyskoulutuksen tukemisessa. Toiminnassa on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että lääkärin riippumattomuus ja ammatillinen autonomia säilyvät. Koulutuksen on oltava suunnitelmallista, läpinäkyvää ja monipuolista. Täydennyskoulutuksen tavoitteena on terveydenhuollon edistäminen, ammatillisen osaamisen kehittäminen ja tietellisen tiedon välittäminen. (Ks. [Lääkäri ja teollisuus](#))

TÄYDENNYSKOULUTUSVELVOITE

Jatkuva ammatillinen kehittyminen lähtee lääkärin tarpeesta ja eettisestä velvoitteesta, eikä sitä pidä säädellä pakolla. Eri maista saadut kokemukset osoittavat, että pakollinen täydennyskoulutus ei paranna lääkärin ammattitaitoa eikä esimerkiksi vähennä kanteluiden määrää. Kansainvälisesti ei myöskään ole näyttöä, että pakollinen täydennyskoulutus parantaisi lääkärin ammattitaitoa merkittävästi. Näistä syistä Lääkäriliitto katsoo, että täydennyskoulutukseen osallistuminen on vapaaehtoisuuteen perustuva eettinen velvoite.

Monessa Euroopan maassa lääkärin täydennyskoulutusvelvoitteelle on määritelty minimi, ja lääkärin toimiluvan uusimisen eli niin sanotun resertifikaation edellytyksenä on osallistuminen täydennyskoulutukseen tai muuhun arviointiin. EU:n ammattipätevyysdirektiivin (2013/55/EU) uudistuksen yhteydessä ehdotettiin EU-maiden lääkäreille ja muille tervey-

denhuollon ammattihenkilöille resertifikaatiota, mutta ehdotus ei mennyt läpi. Terveydenhuollon osaamisen haasteita ei ratkaise pakollisuus, vaan terveydenhuollon ja lääkärien vahva sitoutuminen ja panostus jatkuvaan ammatilliseen kehittämiseen. Näin turvataan korkealatuiset ja turvalliset terveyspalvelut. On kuitenkin odotettavissa, että EU:n tasolta on tulossa tiukempia vaatimuksia lääkärien ammattitaidon ylläpidon seurantaan. Lääkäriliiton ja Hammaslääkäriliiton näkemyksen mukaan lääkärin tulee kirjata oma ammatillinen kehittämissä ja tarvittaessa voida osoittaa se. ■

Lisätietoja:

Ammatillisen osaamisen suunnitelmallinen kehittäminen – Hammaslääkärijärjestöjen suositus 2019.

www.hammaslaakariliitto.fi/amatillinenosaaminen

Basel Declaration on Continuous Professional Development, UEMS 2001. https://www.uems.eu/___data/assets/pdf_file/0013/1246/35.pdf

Lääkärin ammatillisen kehittämisen ja täydennyskoulutuksen suuntaviivat – Lääkäriliiton suositus 2015.

<https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/amatillinenkehittyminen/taydennuskoulutus/>

Opas täydennyskoulutuksen järjestäjille, Promedico 2007. <http://www.promedico.fi>

Suomen Lääkäriliiton suositus työnantajille hyvästä työpaikasta, 2006.

Suositus täydennyskoulutuksesta, Promedico 2007. <http://www.promedico.fi>

Opetuspotilaan asema

Opettavan yksikön tulee luoda järjestelmä, jossa potilaille selvitetään opetustilanteen luonne ja kysytään heidän suostumustaan opetuspotilaiksi. Silloin potilas kokee, että hän voi vapaasti päättää suostumuksestaan ja saa samantasoisien hoidon riippumatta siitä, salliiiko hän opiskelijoiden mukanaolon vai ei.

Opetuspotilaan kohtelun tulee olla kaikin puolin kunnioittavaa ja hänen osallistumistaan arvostavaa. Myönteiset kokemukset varmistavat opetuspotilaiden saannin myös vastedes.

Terveydenhuollon laadun ylläpitämiseksi on välttämätöntä, että potilaat osallistuvat terveydenhuoltohenkilökunnan käytännön koulutukseen. Tästä on tärkeää tiedottaa sekä yleisölle että potilaille. Lääkärin koulutuksessa tarvitaan yhteistyötä potilaiden kanssa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Potilaan oikeudet ovat samat riippumatta siitä, onko hän opetuspotilas vai ei. Potilaslaki (785/1992) velvoittaa lääkäriä hoitamaan potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja tämä koskee myös opetustilanteita. Tilanteessa huomioon otettavia eettisiä kysymyksiä ovat tietoon perustuva suostumus, tutkimuksen ja hoidon laadun varmistaminen sekä vastuukysymykset.

SUOSTUMUS OPETUSPOTILAAKSI

Opetuspotilaalla tarkoitetaan potilasta, joka osallistuu lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden koulutukseen opetuksen kohteena. Potilaslaissa ei ole erikseen säännelty opetuspotilaiden asemaa. Opetuksen kohteena oleminen edellyttää lain mukaan, että potilas on siihen suostunut. Potilaalta kysytään henkilökohtaisesti hänen suostumustaan. Alaikäisen tai potilaslain mukaan vajaakykyiseksi katsottavan potilaan suostumus kysytään hänen vanhemmaltaan tai lailliselta edustajaltaan, jos potilas ei itse kykene päättämään asiaa.

Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisukäytännön mukaan potilaan suostumuksen on oltava tietoon perustuva (Dnrot 3426/4/11, 3534/4/12, 1349/4/13 ja 4435/4/15). Kun potilaalta pyydetään tietoon perustuvaa suostumusta, on myös huomioitava, että potilaslain 13 §:n mukaan potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen antamiseen sivulliselle tarvitaan potilaan kirjallinen suostumus. Sivullisella tarkoitetaan muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen (EIT) ratkaisukäytännössä on myös todettu, että opiskelijoiden läsnäolo ilman potilaan nimenomaista suostumusta rikkoi potilaan yksityisyyden suoja (ratkaisu Konovalova v. Venäjä 9.10.2014).

Suostumusta kysyttäessä potilaalle selvitetään oma-aloitteisesti opetustilanteen luonne ja kulku pääpiirteissään sekä sen merkitys osana lääketieteellisen ja hoitotyön ammattitaidon kehittämistä. Potilaalle kerrotaan, että hän voi vapaasti päättää suostumuksestaan ja että hän saa samantasoisien hoidon riippumatta siitä, salliiiko hän opiskelijoiden osallistua hoitotilanteeseen vai ei.

Suostumus kysytään riittävän varhain rauhallisessa tilanteessa niin, että opiskelijat eivät ole kuulemassa. Potilaalle annetaan aikaa valmistautua opetustilanteeseen. Tietoisien suostumuksen vaatimus koskee sekä sairaaloiden vuodeosastolla hoidettavia potilaita (opiskelijoiden osallistuminen potilaskierroille) että opiskelijoiden läsnäoloa vastaanottotilanteessa opetustarkoituksessa. Asiasta tulee informoida potilasta etukäteen ennen vastaanottoa ja pyytää hänen suostumuksensa opiskelijoiden läsnäoloon.

Ajanvarauspotilaille tulisi liittää ajanvarauskirjeeseen tiedustelu suostumuksesta opetuspotilaaksi. Heillä on tällöin mahdollisuus etukäteen ilmoittaa, sallivatko he opiskelijoiden mukanaolon. Osa potilaista kieltäytyy olemasta opetuspotilaana. Kynnys osallistua opetukseen on ymmärrettävästi korkeampi arkaluonteisissa asioissa, esimerkiksi potilaan käynnin liittyessä seksuaaliterveyteen tai psyykkisiin ongelmiin.

Tietoon perustuvan suostumuksen pyytämässä on noudatettava erityistä huolellisuutta, jos opetus merkitsee ylimääräistä rasitusta tai jos potilaalla on vaikeuksia ymmärtää opetuksen merkitystä esimerkiksi psykiatrisen tai neurologisen sairauden, päihteiden käytön tai anestesian vuoksi. Kunkin opettavan yksikön on luotava järjestelmä, joka varmistaa, että potilasta informoidaan riittävästi opetustilanteen luonteesta ja suostumus kysytään jokaiselta opetuspotilaalta.

TUTKIMUKSEN JA HOIDON LAADUN VARMISTAMINEN JA VASTUU

Opetustilanteessa potilaan tutkimusten ja hoidon laadusta vastaa sama lääkäri, joka muutenkin vastaa potilaasta tässä tilanteessa. Ennen toimenpidettä potilaalle selvitetään opetustilanteessa suoritettavan toimenpiteen merkitys ja vaikutukset sekä opetuksen ja opiskelijoiden osuus tapahtumien kulkuun. Tämä koskee myös anestesiassa suoritettavia toimenpiteitä.

Opetusta antavan henkilön on varmistettava, että potilas on antanut suostumuksensa ja ymmärtänyt selostuksen perusteella opetustilanteen tapahtumat. Lääkärin on lisäksi valvot-

tava, että opetustilanteessa toimitaan potilaan oikeuksia loukkaamatta. Opetuksesta vastaavat lääkärit ovat yleensä kokeneita, ja opetustilanteessa on usein mahdollista paneutua potilaan ongelmaan perusteellisemmin kuin tavallisella vastaanotolla. Useimmiten potilaat kokevat opiskelijoiden perusteellisuuden myönteisesti.

OPETUSPOTILAAN KOHTELU

Opettajien on kiinnitettävä erityistä huomiota lääkärin etiikkaan ja kollegiaaliseen käytökseen. Opettajana toimivan lääkärin tai käytännön ohjaajan on kohdeltava opetuspotilasta hienotunteisesti ja ystävällisesti, muistaen toimivansa potilas–lääkärisuhteen mallina opiskelijoille. Vastaavasti opiskelijoiden velvollisuus on kunnioittaa potilasta ja heidän on toimittava opetustilanteessa asiallisesti ymmärtäen tilaisuuden ainutkertaisuuden potilaan kannalta. Potilaan tietosuoja ei saa vaarantua opetuksen vuoksi.

Opetustilanteen ilmapiirin takia opetusryhmien koko on syytä pyrkiä pitämään riittävän pienenä. Opettaja harkitsee, kuinka monen opiskelijan voi kohtuudella sallia tutkivan samaa potilasta.

Kaikkien asianosaisten on omalla käytöksellään edesautettava myönteisen kuvan syntyä opetustilanteesta ja osoitettava potilaalle arvostavansa hänen panostaan lääketieteellisen ja hoitotyön ammattitaidon kehittämisessä. Opetuspotilaille on myös varattava mahdollisuus antaa palautetta opetustilanteesta.

OPETUSMATERIAALI

Opetusmateriaalilla tarkoitetaan opetuksessa käytettäviä potilaasta otettuja valokuvia, videoita, röntgenkuvia ja muita vastaavia tallenteita sekä asiakirjoja ja niiden osia.

Potilasta koskevan opetusmateriaalin luominen, käyttäminen ja säilyttäminen edellyttävät potilaan tietoista suostumusta, jos potilas voidaan tunnistaa tallennetusta materiaalista. Jos kyseessä on alaikäinen tai potilaslain mukaan vajaakykyiseksi katsottava potilas, suostumus kysytään hänen vanhemmaltaan tai lailliselta edustajaltaan, jos potilas itse ei kykene antamaan tietoista suostumusta.

Opetusmateriaalia on käsiteltävä teknisesti niin, että opetustilanteessa potilaan tunnistetiedot on häivytetty. Tallenteista on syytä tarkistaa myös metatiedot, jotka voivat sisältää potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja. Opetusmateriaalin käyttöoikeus katsotaan olevan kyseisen erikoisalan opetushenkilökunnalla. Erityistä huolellisuutta ja harkintaa on käytettävä tallennettaessa potilasta koskevaa opetusmateriaalia sähköisiin opetusympäristöihin. On hyvä muistaa, että potilaalla on oikeus nähdä lokitiedot, kuka hänen potilastietojaan (ml. valokuvat, röntgenkuvat) on katsonut. (Ks. [Potilasasiakirjat](#)) ■

Lisätietoja:

Vehmanen M. Opetuspotilas ansaitsee täyden huomion, Suomen Lääkärilehti 2012;67:3784–5.

Lääketieteellisen tutkimuksen etiikkaa

Kansainvälisillä sopimuksilla, kansallisella lainsäädännöllä ja ohjeilla sekä lääkärijärjestöjen suosituksilla pyritään suojelemaan tutkimukseen osallistuvien oikeuksia ja terveyttä.

Tutkittavalla on oikeus päättää osallistumisestaan vapaaehtoisesti saatuaan ymmärrettävän selostuksen tutkimuksesta. Lääkäri on keskeinen henkilö tiedon välittämisessä ja tutkittavan oikeuksien kunnioittamisessa.

Modernin lääketieteen perusta on tieteellinen tutkimus, jonka avulla saadaan näyttöön perustuvaa tietoa sairauksien hoitoon. Uuden tiedon etsiminen on aina epävarmaa, ja erityisesti interventiotutkimuksiin, eli ihmiseen kajoaviin tutkimuksiin, voi sisältyä myös tuntemattomia riskejä ja odottamattomia haittoja. Siksi on tärkeää määritellä yleisesti hyväksyttävät tutkimuksen tavat, tavoitteet, menetelmät ja rajat, joilla suojellaan tutkittavien koskemattomuutta, oikeuksia ja terveyttä. Näin pyritään varmistamaan, että kliininen tutkimus on menetelmiltään pätevää, tuloksiltaan luotettavaa ja eettisesti hyväksyttävää.

TUTKIMUKSEN SÄÄNNÖSTEN PERUSTAA

Nürnbergin oikeudenkäynnissä vuonna 1947 syytetyistä 23 lääkäristä ja lääketieteen tutkijasta seitsemän tuomittiin kuolemaan ja yhdeksän elinkautiseen vankeuteen heidän keskitysleireillä suorittamiensa epäinhimillisten lääketieteellisten kokeilujen vuoksi. Oikeudenkäynnin päätöksessä vahvistettiin myös nk. Nürnbergin säännöstö, joka kansainvälisellä tasolla ensimmäisen kerran asetti tutkimushenkilön tietoon perustuvan suostumuksen (*informed consent*) ehdoksi tutkimukseen osallistumiselle.

Näiden ja samoihin aikoihin muuallakin tehtyjen ihmisoikeuksia polkeneiden kokeiden vuoksi laadittiin kansainvälisiä julistuksia ja sopimuksia, jotka asettavat lääketieteellisten kokeiden edellytykseksi tutkittavien suostumuksen. Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan yleissopimuksen (YK) 7. artiklan mukaan ”*Ketään ei saa kiduttaa eikä kohdella tai rangaista julmalla, epäinhimillisellä tai halventavalla tavalla. Erityisesti ei ketään saa alistaa ilman hänen vapaata suostumustaan lääketieteelliseen tai tieteelliseen kokeiluun.*”

Vuonna 1947 perustetun Maailman lääkäriiliiton yhdeksi tärkeimmistä tehtävistä muodostui ihmiseen kohdistuvaa tutkimustyötä ohjaavien eettisten periaatteiden laatiminen. Nämä periaatteet hyväksyttiin Maailman lääkäriiliiton kokouksessa Helsingissä vuonna 1964. Helsingin julistus on kokoelma eettisiä periaatteita. Se on perustana monissa kansainvälisissä, valtioita sitovissa yleissopimuksissa, kuten Euroopan neuvoston vuonna 1997 laatimassa ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskevassa yleissopimuksessa sekä sen biolääketieteellistä tutkimusta koskevassa lisäpöytäkirjassa. Euroopan neuvoston yleissopimukset ovat poliittisesti sitovia Euroopan neuvoston jäsenmaissa, vaikka varsinainen sitovuus syntyy vasta kansallisen voimaan saattamisen eli ratifioinnin myötä. Suomi ratifioi biolääketiedesopimuksen vuonna 2009.

LÄÄKÄRITUTKIJAA SUOMESSA SITOAVAT SÄÄDÖKSET

Tutkimuslain mukaan tutkijalla on oltava kyseisen tutkimuksen tekemiseksi tarvittava asianmukainen ammatillinen ja tieteellinen pätevyys. Tutkittavien lääketieteellisestä hoidosta vastaavan on oltava lääkäri, jolla on asianmukainen pätevyys, tai jos kyseessä on hammaslääketieteellinen tutkimus, hammaslääkäri, jolla on asianmukainen pätevyys. Kliinisessä lääketutkimuksessa tutkijan on oltava lääkäri tai hammaslääkäri, jolla on asianmukainen ammatillinen ja tieteellinen pätevyys.

Suomessa toimivaa lääketieteen tutkijaa velvoittavat monet lait, asetukset ja muut säännökset. Voimassa olevat kliinisiä lääketutkimuksia määrittävät säännökset perustuvat Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviin 2001/20/EY eli lääketutkimusdirektiiviin (direktiivi hyvän kliinisen tutkimustavan noudattamista ihmisille tarkoitettujen lääkkeiden kliinisissä tutkimuksissa koskevien jäsenvaltioiden lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten lähentämisestä). Lääketutkimusdirektiivi on Suomessa pääosin pantu täytäntöön lääketieteellisestä tutkimuksesta annetussa laissa (488/1999, tutkimuslaki) ja lääkelaisa (395/1987). Lääketutkimusdirektiivin korvaa vuonna 2014 säädetty lääketutkimusasetus (536/2014, Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) ihmisille tarkoitettujen lääkkeiden kliinisistä lääketutkimuksista ja direktiivin 2001/20/EY kumoamisesta). Lääketutkimusasetus on suoraan sovellettavaa oikeutta EU:n jäsenmaissa. Lääketutkimusasetus ei ole vielä tätä kirjoitettaessa voimassa, sillä asetuksen mukaiselle toiminnalle keskeinen portaali, johon lääketutkimushankkeet syötetään, ei ole vielä toiminnassa. Asetuksen myötä kansallista lainsäädäntöä pitää muuttaa siten, että kumotaan EU-asetuksen kanssa päällekkäinen sääntely ja tehdään lainsäädäntöön muut EU-asetuksen edellyttämät muutokset. Laki kliinisestä lääketutkimuksesta ja tutkimuslain muutokset ovat tätä kirjoitettaessa eduskunnan käsittelyssä (HE 18/2020). Lait on tarkoitus saada voimaan samanaikaisesti lääketutkimusasetuksen kanssa.

Lääketieteellisessä tutkimuksessa noudatettavia keskeisiä lakeja ovat edellä mainittujen lisäksi potilaslaki (785/1992), lääkelaki (395/1987) ja sen muutokset, potilaskuuntelulaki (948/2019), tietosuojalaki (1050/2018), geenitekniiikkalaki (377/1995) ja -asetus (928/2004), laki ihmisen elinten ja kudosten lääketieteellisestä käytöstä (kudoslaki 101/2001), biopankkilaki (688/2012) sekä laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019). Lisäksi Fimea valvoo kliinisiä lääketutkimuksia ja on antanut ohjeen niistä (määräys 8/2019 Kliiniset lääketutkimukset).

Kansainvälisiä lääkäritutkijaa sitovia säännöksiä ovat Euroopan neuvoston biolääketiedesopimus, EU:n lääketutkimusdirektiivi ja -asetus sekä EU:n yleinen tietosuoja-asetus ((EU) 2016/679), jotka ovat myös osa kansallista lainsäädäntöämme. Helsingin julistus on eettinen selkäranka ja suositus lääkäreille. Lisäksi on monia muita kansainvälisiä suosituksia ja ohjeita, kuten Maailman terveysjärjestön (WHO) yhteydessä toimivan CIOMS:n (*Council for International Organizations of Medical Sciences*) ohjeet. CIOMS on antanut ohjausta epidemiologisissa ja biolääketieteellisissä tutkimuksissa huomioitavista tutkimuseettisistä kysymyksistä, mukaan lukien kehittyvissä maissa tehtävät kliiniset lääketutkimukset.

Tutkimustyön säännöksistä ja tutkimuksen eettisestä ennakoarvioinnista on ajantasaista tietoa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen (Fimea), valtakunnallisen lääketieteellisen tutkimuseettisen toimikunnan (TUKIJA) ja yliopistollisten sairaanhoitopiirien eettisten toimikuntien internet-sivuilla. Tietoa saa myös näiden toimikuntien sihtereiltä ja puheenjohtajilta. (Ks. [Eettiset toimikunnat ja neuvottelukunnat](#))

LÄÄKETIETEELLISEN TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Lääkärin on tutkimustyössä varjeltava ihmisen – tutkittavan henkilön – elämää, terveyttä, yksityisyyttä ja ihmisarvoa. Tutkimuksessa on noudatettava yleisesti hyväksytyjä tieteellisiä periaatteita, ja sen on perustuttava tieteelliseen kirjallisuuteen tai muihin asianmukaisiin tietolähteisiin, riittäviin edeltäviin (prekliinisiin) kokeisiin ja tarvittaessa myös eläinkokeisiin.

Ihmiseen kohdistuva lääketieteellinen tutkimus voidaan toteuttaa vain, kun tavoite ja odotettavissa oleva hyöty ovat suurempia kuin siitä tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja rasitus. Ihmiseen kohdistuva lääketieteellinen tutkimus on eettisesti oikeutettu vain, jos sen odotetaan edistävän ihmisen terveyttä. Tieteellisesti huono tutkimus ei ole eettisesti oikeutettu, koska se altistaa tutkittavat tarpeettomille riskeille ja tuhlaa rajallisia tutkimusresursseja.

Tutkimustyössä on kiinnitettävä erityistä huomiota sellaisiin tutkittaviin, jotka eivät pysty itse antamaan pätevää suostumusta tutkimukseen osallistumisesta tai jotka ovat erityisen alttiita ulkoisille vaikutuksille. Suomen tutkimuslainsäädännössä mainitaan erityisryhminä alaikäiset, vajaakykyiset, raskaana olevat ja imettävät naiset sekä vangit ja oikeuspsykiatriset potilaat. Vajaakykyisellä tarkoitetaan henkilöä, joka ei mielenterveyden häiriön, kehitysvammaisuuden tai muun vastaavan synnyn vuoksi kykene pätevästi antamaan suostumustaan tutkimukseen. Tutkimuslaissa on myös erityissäännöksiä sikiöiden ja alkioiden tutkimuksesta sekä hätätilatutkimuksista. Ulkoisille vaikutuksille voivat olla erityisen alttiita henkilöt, joiden taloudellinen asema on erityisen heikko tai jotka ovat jotenkin riippuvaisuussuhteessa tutkijaan. Tällaisia riippuvaisuussuhteita saattaa syntyä esimerkiksi esimiehen ja alaisen tai opettajan ja oppilaan välille. Vakava sairaus voi myös aiheuttaa riippuvaisuussuhteen, jolloin potilas kokee olevansa riippuvainen lääkäristään. Erityisen ongelmallisia tilanteita voi tulla sellaisten henkilöiden kanssa, joiden päätöksentekokyky vaihtelee ja muuttuu koko ajan, esimerkiksi tutkittaessa dementoituvia vanhuksia ja murrosikäisiä nuoria. Riippuvaisuus- ja kykenevyyskysymykset ovat yksilöllisiä, ja niitä on tärkeää pohtia jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa.

EETTISEN TOIMIKUNNAN LAUSUNTO

Ihmiseen kohdistuvasta lääketieteellisestä tutkimuksesta on ennen tutkimuksen alkua saatava toimivaltaisen eettisen toimikunnan myönteinen lausunto. Lausuntopyyntöön on liitettävä muun muassa tutkimussuunnitelma, sen tiivistelmä, tutkittaville jaettava tiedote sekä suostumusasiakirja. Eettiset toimikunnat arvioivat myös tutkittavien rekrytoinnin menetelmien asianmukaisuutta sekä tutkimuksen resurssien ja vakuutusten riittävyttä.

Fimea ja TUKIJA ovat julkaisseet yksityiskohtaisia ohjeita kliinisten lääketutkimusten tekemisestä. Luvan kliinisiin lääketutkimuksiin myöntää Fimea. Tutkimusluvan myöntäminen edellyttää eettisen toimikunnan myönteistä lausuntoa. Tutkimusta ei saa käynnistää, ennen kuin siihen on saatu lisäksi asianmukainen lupa tutkimusyksikön johtajalta. EU:n lääketutkimusasetus muuttaa kliinisten lääketutkimusten arviointia joiltain osin. Fimean ja eettisen toimikunnan työnjaosta säädetään kliinisiä lääketutkimuksia koskevassa laissa. Fimea arvioi kaikki arviointiraportin osaa I koskevat seikat ja eettinen toimikunta lisäksi ne osat, jotka liittyvät erityisesti tutkimuksen odotettavissa olevien hoidollisten ja kansanterveydellisten hyötyjen arviointiin ja tutkittavalle aiheutuviin riskeihin ja haittoihin. Eettinen toimikunta arvioi myös osaa II koskevat seikat, eli niin sanotut kansalliset seikat, ja Fimea voisi tulevan lainsäädännön mukaan kommentoida niitä toimikunnalle. Kansallisen päätöksen tutkimusta koskevan hakemuksen hyväksymisestä tekee Fimea.

Yliopistolliset sairaanhoitopiirit ylläpitävät tutkimuslain mukaisia toimivaltaisia eettisiä toimikuntia, jotka tarkastelevat tutkimussuunnitelmia tutkittavan oikeuksien lähtökohdista. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran yhteydessä on lisäksi kansallisenä toimielimenä valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta TUKIJA, joka on käsitellyt kliinisiä lääketutkimuksia koskevat lausuntopyyntöt, ellei se ole delegoinut niiden käsittelyä alueelliselle toimikunnalle. EU:n lääketutkimusasetus aiheuttaa muutoksia kliinisten lääketutkimusten arviointiin. Uuden lainsäädännön myötä TUKIJAn korvaava valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta arvioi kaikki kliiniset lääketutkimukset, ja sairaanhoitopiirien eettiset toimikunnat arvioivat muut lääketieteelliset tutkimukset. Tutkimussuunnitelmaan saadusta kielteisestä launnosta voisi tulevan lainsäädännön mukaan hakea oikaisua uuden valtakunnallisen eettisen toimikunnan erilliseltä muutoksenhakujaostolta, ja sen lausuntoon voisi hakea muutosta hallinto-oikeudelta.

Tutkija ja eettinen toimikunta voivat keskustella siitä, onko tutkittavalle annettava informaatio ymmärrettävää ja toteutuvatko tutkittavan oikeudet juuri siinä potilasryhmässä, jossa tutkimusta aiotaan tehdä. Tällaisessa arvioinnissa nimenomaan eettisten toimikuntien maallikkojäsenet tekevät arvokasta työtä. Tiedotteen laatiminen tutkittavaa varten on haastava tehtävä, jossa kaivataan myös tutkimuksesta vastaavan kokeneen lääkäritutkijan aktiivista panosta. Tiedote ei saisi olla liian pitkä, ja siinä pitäisi tulla esiin olennaiset tiedot, jotka liittyvät tutkimukseen osallistumista koskevaan päätöksentekoon, kuten tutkimuksen aihe, syy miksi tutkittava siihen rekrytoidaan, tutkimuksen järjestäjä ja rahoittaja, mitä tietoja kerätään, missä ne säilytetään ja mihin niitä jaetaan. Tutkimuksen kulun yksityiskohtaiset ohjeistukset voidaan liittää erilliseen ohjelehtiseen tai lisätiedotteeseen. Työtä helpottaa hyvä suunnittelu ja tarvittaessa eettisen toimikunnan tai sairaanhoitopiirin tutkimuksen tukiorganisaation konsultointi.

Vaikka eettisen toimikunnan yksi tärkeä tehtävä on tarkastaa, että tutkimus täyttää lain vaatimukset, tutkimuksen eettisyyden arviointi on toimikunnan pätehtävä. Eettinen toimikunta arvioi tutkimussuunnitelman etukäteen asiakirjojen perusteella. Tutkijan vastuulla on toteuttaa tutkimus eettisten periaatteiden mukaisesti.

Jos tutkimussuunnitelma olennaisesti muuttuu, myös muutoksista on saatava eettisen toimikunnan myönteinen lausunto. Kliinisissä lääketutkimuksissa esiintyvistä vakavista haitta-vaikutuksista on ilmoitettava Fimealle.

TIETOOIN PERUSTUVA SUOSTUMUS

Ihmiseen kohdistuvaa lääketieteellistä tutkimusta ei saa suorittaa ilman tutkittavan kirjallista, tietoon perustuvaa suostumusta. Jos tutkittava ei kykene itse antamaan suostumustaan, suostumuksen tutkimukseen voi antaa lähiomainen, muu läheinen tai laillinen edustaja.

Tutkittavalle on annettava ymmärrettävässä muodossa riittävä selvitys hänen oikeuksistaan, tutkimuksen tarkoituksesta, luonteesta ja siinä käytettävistä menetelmistä, mahdollisista riskeistä ja haitoista sekä muista mahdollisista hoitovaihtoehdoista. Tutkittava voi peruuttaa suostumuksensa milloin tahansa ilman kielteisiä seurauksia.

Potilaat luottavat lääkäreihinsä joskus niin paljon, etteivät juuri paneudu tutkimuksen ongelmakysymyksiin. Tutkijalääkäriin on syytä painottaa suostumusta pyytäessään, että tutkittava itse on oman elämänsä paras asiantuntija ja että hän itse pystyy parhaiten arvioimaan, miten tutkimukseen osallistuminen vaikuttaa hänen elämäänsä. Suostumusta pyydetessä on tärkeää painottaa tutkittavalle myös sitä, että tutkimuksessa on aina tuntemattomia tekijöitä, mahdollisesti myös riskejä, joita ei voi tietää etukäteen. Tutkimuksella pyritään saamaan

uutta tietoa ja vastaus kysymyksiin. Erityisen tarkka on oltava, jos tutkittavaksi pyydetään tutkijalääkärin hoidossa olevaa potilasta. Mahdollisuuksien mukaan on harkittava, voisiko suostumuksen tällöin pyytää toinen lääkäri tai joku muu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Eettisesti ongelmallisia tilanteita on syntynyt monissa jatkotutkimuksissa, joissa käytetään kliinisten tutkimusten yhteydessä kerättyjä kudoksenäytteitä (ml. verinäytteet). Tutkimusprojektia suunniteltaessa on tärkeää miettiä jo etukäteen, mitä asioita tutkimusnäytteistä halutaan selvittää tutkimuksen aikana ja mitä myöhemmin tutkimuksen mahdollisissa jatkoprosjekteissa. Biopankkilailla ja toisiolailla pyritään edistämään ihmisperäisten näytteiden tutkimuskäyttöä ja turvaamaan yksityisyyden suojaa näytteitä käsiteltäessä. (Ks. [Potilastietojen hyödyntäminen](#))

HYVÄ TIETEELLINEN KÄYTÄNTÖ

Tutkimustuloksien julkaisemisessa on oltava rehellinen, vääristely ei ole sallittua. Jos eettisiä periaatteita ei ole noudatettu tai tutkimustuloksia vääristellään, ei tutkimusta pidä hyväksyä julkaistavaksi. Usein kuitenkin tällaisen havaitseminen etukäteen on mahdotonta, ja tutkijan etiikan ja jälkikäteisten sanktioiden merkitys korostuvat. Lääketieteellisen lehtien päätoimittajien järjestö ICMJE on ohjeistanut, miten menetellä jo julkaistuissa tutkimuksissa havaittujen virheiden oikaisemiseksi. Tahaton virhe korjataan asianmukaisella oikaisulla. Jos julkaistun tai julkaistavaksi lähetetyn artikkelin suhteen herää vakava epäily vilpillisestä menettelystä, on lehden velvollisuus huolehtia siitä, että epäily tutkitaan asianmukaisesti tutkijan omassa tutkimuslaitoksessa. Epärehellisin keinoin tuotetut julkaisut pitää mitätöidä julkaisemalla peruutus (retraction). Lievemmissä tapauksissa lehti voi julkaista huolenilmaisun kyseessä olevan tutkimuksen tiettyjen osioiden luotettavuudesta tai asianmukaisuudesta. (Ks. [Lääketieteellinen julkaisuutoiminta](#))

Suomen opetus- ja kulttuuriministeriön alaisuudessa toimiva tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK julkaisi vuonna 2002 (päivitetty 2012) yhteistyössä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa laaditut tutkimuseettiset ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausten käsittelemisestä. Ohjeiden tavoitteena on tieteellisen epärehellisuuden ennaltaehkäiseminen kaikissa tutkimusta harjoittavissa organisaatioissa. Koko tiedeyhteisö on vapaaehtoisesti sitoutunut ohjeisiin. Ohjeisto jaottelee hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset piittaamattomuuteen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja varsinaiseen vilppiin tieteellisessä toiminnassa. Vilpin ilmenemismuodoiksi katsotaan tieteellisen tiedon sepittäminen, vääristely, luvaton lainaaminen ja anastaminen. Käsiteltäessä hyvän tieteellisen käytännön loukkaamista koskevia epäilyjä seurataan tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamaa menettelytapaohjetta. Vilppiepäily tutkitaan siinä organisaatiossa, jossa tutkimus on tekeillä tai tehty. Epäilty tai epäilyn esittäjä, joka on tyytymätön noudatettuihin menettelytapoihin, voi pyytää asiasta lausuntoa tutkimuseettiseltä neuvottelukunnalta. Tutkijan vilpillistä tai muuten hyvän tieteellisen käytännön vastaista menettelyä ei voi katsoa läpi sormien. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset murentavat suuren yleisön luottamusta tieteeseen ja sen tekijöihin, ja niiden asianmukainen käsittely on siksi tärkeää koko tiedeyhteisön kannalta. Vilpillinen menettely johtaa lisäksi muita tutkijoita harhaan ja häittää heidän työskentelyään. Kollegiaalisuuden koko tiedeyhteisöä kohtaan pitää olla vahvempi kuin yksittäistä tutkijakollegaa kohtaan.

Tutkijan sidonnaisuudet rahoittajiin tai muihin tahoihin sekä tutkimukseen liittyvät taloudelliset intressit saattavat aiheuttaa eettisiä ongelmia. Tupakkayhtiöiden ja lääketieteellisuuden palkkioita lääketieteen tutkijoille on käsitelty laajasti myös suomalaisissa tiedotusvälineissä. TUKIJA on vuonna 2008 antanut ohjeen lääketieteelliseen tutkimukseen liittyvien taloudel-

listen seikkojen selvittämisestä eettiselle toimikunnalle ja tutkimukseen osallistuville henkilöille. Tutkimuslain mukaan eettisen toimikunnan on saatava riittävä selvitys tutkimuksen taloudesta. Helsingin julistuksessa sanotaan, että myös tutkittaville on ilmoitettava tutkimuksen rahoituksesta. Selvitysten perusteella eettisen toimikunnan on pystyttävä arvioimaan, ovatko tutkimushenkilöstölle maksettavat korvaukset kohtuullisia ja sopivassa suhteessa tutkimuksen toteuttamiseen tarvittavaan työmäärään. Tutkijan saama palkkio ei saa johtaa tutkittavien epäeettiseen rekrytoimiseen ja tutkittavan pitämiseen tutkimuksessa vastoin tämän tahtoa. Tutkimuksen rahoituksen pitää turvata tutkimuksen suorittaminen loppuun. EU:n lääketutkimusasetus velvoittaa antamaan selvityksen kliinisen lääketutkimuksen rahoitusjärjestelyistä.

Tilaustutkimusten rahoitukseen liittyvät kysymykset ovat vain osa tutkimuksen taloudellisten sidonnaisuuksien ja eturistiriitojen eettistä ongelmakenttää. Tutkittaville pitää kertoa, miksi tutkimus tehdään. On aivan selvää, että kliinisiä lääketutkimuksia tehdään uusien lääkkeiden saamiseksi markkinoille. Tutkijoilla on myös muita intressejä, kuten meritoituminen, ja myös lisäansiot, ei pelkästään väestön terveyden edistäminen ja sairauden hoito tai lääketieteellisen tiedon kertyminen.

ICMJE on varsin merkittävästi tiukentanut ohjeistustaan taloudellisten sidonnaisuuksien ja muiden eturistiriitojen ilmoittamisesta lääketieteellisessä julkaisutoiminnassa. Näitä samoja ohjeita käytetään myös Suomessa muun muassa Käypä hoito -suositusten laatimisessa. Jokaisen lääketieteen tutkijan kannattaa perehtyä ICMJE:n ohjeisiin ja miettiä, mitä ne tarkoittavat hänen tutkimustyössään. Vaaditun ilmoituksen tekemistä varten tarvitaan paljon tietoa usean edeltävän vuoden ajalta. Julkaiseminen voi viivästyä tai vaarantua, jos tutkija ei ole varautunut ilmoituksen tekemiseen. ■

Lisätietoja:

Fimea: Ohjeet kliinisten lääketutkimusten suorittamiseen. https://www.fimea.fi/valvonta/kliiniset_laaketutkimukset
www.tukija.fi

Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. WMA 1964, päivitetty viimeksi vuonna 2013. www.wma.net, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> suomeksi www.laakariliitto.fi

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS): International Ethical Guidelines for Health Related Research Involving Humans. CIOMS 2016. www.cioms.ch, <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>

International Ethical Guidelines for epidemiological studies. CIOMS 2009. <https://cioms.ch/shop/product/international-ethical-guidelines-for-epidemiological-studies/>

ICMJE. Disclosure of financial and non-financial relationships and activities, and conflicts of interest. <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/author-responsibilities--conflicts-of-interest.html>

Lääketieteellinen julkaisuiminta

Lääketieteellisten julkaisujen ja yksittäisten artikkelien tulee olla tieteellisesti päteviä, objektiivisia ja rehellisiä. Tutkimustulokset on esitettävä siten, että lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkimuksen toteutusta, siitä tehtyjen päätelmien oikeellisuutta ja tulosten todellista merkitystä.

Kirjoittajan on ilmoitettava päätoimittajalle kaikista sellaisista taloudellisista ja muista sidonnaisuuksista, joilla voisi olla merkitystä kirjoitukselle.

Julkaisut ovat keskeisiä esittäessä uutta ja tärkeää lääketieteellistä tietoa. Uuden tiedon omaksuminen ja vanhan päivittäminen on välttämätöntä lääkäreiden ammattitaidon ylläpitämiselle ja jatkuvalla kehittämiselle. Siksi julkaisutyön on täytettävä eettiset vaatimukset. Lääketieteellisten julkaisujen ja yksittäisten artikkelien on oltava tieteellisesti päteviä, objektiivisia ja rehellisiä. Tutkimustulokset on esitettävä siten, että lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkimuksen toteutusta, siitä tehtyjen päätelmien oikeellisuutta ja tulosten todellista merkitystä. Tarvittaessa lukijalla tulee myös olla tilaisuus esittää poikkeava perusteltu näemyksensä tutkimuksesta ja sen päätelmistä samalla julkaisufoorumilla.

Hyvä tutkimus on objektiivista ja ennako-odotuksista tai -toivomuksista riippumatonta. Tutkimusartikkelin tiivistelmässä ja pohdinnassa ei saa liioitella tulosten merkitystä eikä tehdä sellaisia johtopäätöksiä, jotka eivät perustu tutkimuksen todellisiin tuloksiin. Kotimaisissa lääketieteellisissä lehdissä suurin osa julkaisuista koostuu katsausartikkeleista. Niissäkin on tärkeää esittää olemassa oleva tieto tasapainoisesti, kattavasti ja taloudellisista tai muista intresseistä riippumattomasti.

Tapausselostukset ovat yksi lääketieteellisten kirjoitusten alatyyppeistä, ja myös katsauksissa saatetaan esittää potilasesimerkkejä. Niissä potilaan anonymiteetti on turvattava poistamalla kaikki potilaan tunnistamisen mahdollistavat tiedot, mukaan lukien sellaiset tiedot, jotka eivät ole tapauksen lääketieteellisen sisällön ja merkityksen kannalta välttämättömiä. Mikäli vähäininkin tunnistamisen mahdollisuus jää, on potilaalta pyydettävä lupa hänen kuviensa ja tietojensa käyttämiseen. Tapausselostuksia varten lupa on lähtökohtaisesti aina pyydettävä.

Lääketieteellisten artikkelien laadun takaamiseksi käytetään vertaisarviointia, jossa sitoutumattomat asiantuntijat ottavat kantaa julkaistavaksi tarjottuun kirjoitukseen. Ulkopuolisen asiantuntijan ei pidä arvioida käsikirjoitusta, jonka käsittelyssä hän ei tunne olevansa puolueeton ja riippumaton.

JULKAISEMISEEN LIITTYVÄT YLEISIMMÄT ONGELMAT

Lääketieteellisen julkaisemisen tavallisia ongelmia ovat tekstin plagioiminen, kaksoisjulkaiseminen ja viipalejulkaiseminen (salami publication), jossa tutkimuksen tulokset pilkotaan pieniin osiin, jotta yhdestä tutkimuksesta saataisiin tuotettua mahdollisimman monta julkaisua. Omaakaan tekstiä ei voi sellaisenaan julkaista muualla, jos on luovuttanut sen tekijänoikeudet aiemmalle julkaisutaholle. Melko yleisiä ovat myös kirjoittajuuteen liittyvät ristiriidat.

Aiemmin julkaistuihin kirjoituksiin on viitattava hyvän tavan mukaisesti. Siteerauksen on oltava apuna joko perustelemassa omaa tieteellistä näkemystä tai tieteellisen kritiikin kohteena. Pääsääntö on, että toisen tekstiä lainataan vain siinä laajuudessa kuin se on tarpeen oman tekstin kehittämisessä. Suurelta osalta sitaateista koostuvaa tai yksipuolisesti lainauk-

sia sisältävää tieteellistä kirjoitusta ei pidetä hyvän tavan mukaisena. Lainat on myös aina selkeästi erotettava kirjoittajan omasta tekstistä. Lainauksen laajuus suhteessa lähdetekstiin ja tekeillä olevaan omaan tekstiin ja se, missä tarkoituksessa tekstiä lainataan, ratkaisevat, onko kysymys lainaamisesta vai plagioinnista.

Saman tai suurelta osin samansisältöisen käsikirjoituksen yhtäaikaista tarjoaminen eri lehtiin ei tieteellisessä julkaisemisessa ole sallittua. Kaksoisjulkaiseminen tarkoittaa samojen tulosten tai aikaisemmin julkaistun kanssa hyvin samankaltaisen artikkelin julkaisemista kahden tai useampaan kertaan eri lehdissä. Se on sallittua ainoastaan poikkeustapauksissa, esimerkiksi jos uudelleenjulkaisu on suunnattu eri lukijakunnalle kuin alkuperäinen. Tämän perusteella alun perin kansainvälisessä lehdessä julkaistut, kansallisesti merkittävän tutkimuksen tulokset voidaan julkaista myös kotimaisessa lehdessä. Tähän tarvitaan kummankin lehden lupa, ja uudelleenjulkaisun yhteydessä on selkeästi ilmaistava, missä artikkeli on aikaisemmin julkaistu.

Usein artikkeleissa on useampia kuin yksi kirjoittaja. Kirjoittajien järjestyksen päättävät kirjoittajat yhdessä. Kuka tahansa tutkimustyöhön ja raportointiin osallistunut henkilö ei kuitenkaan täytä kirjoittajalle asetettavia kriteereitä. Niistä laajimmin hyväksytyt ovat ICMJE:n (International Committee of Medical Journal Editors) laatimat kriteerit:

1. Kirjoittajan pitää osallistua merkittävällä panoksella tutkimuksen alkuun saattamiseen ja suunnitteluun, aineiston keräämiseen tai aineiston analysoimiseen ja tulosten tulkinnaan;
2. Kirjoittajan tulee osallistua julkaisun kirjoittamisprosessiin;
3. Kirjoittajan tulee hyväksyä lopullinen, julkaistava käsikirjoitusversio;
4. Kirjoittajan tulee sitoutua ottamaan vastuu artikkelin kokonaisuudesta ja olla tietoinen siitä, kuka kirjoittaja teki minkäkin osan tutkimuksesta.

Myös Tutkimuseettinen neuvottelukunta on julkaissut suosituksensa kirjoittajuuden määrittämiseksi. Julkaisumenettelystä ja kirjoittajuuksista kannattaa sopia jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa.

Tutkimusryhmän johtajuus tai esimiesasema ilman merkittävää työpanosta ei ole riittävä syy tulla mainituksi kirjoittajana. Myöskään haamukirjoittajat eivät kuulu eettiseen julkaisemiseen. Tällä tarkoitetaan sitä, että kirjoittamiseen osallistunutta henkilöä, esimerkiksi tutkimuksen rahoittajatahon tutkijoille toisinaan tarjoamaa ammattikirjoittajaa, ei mainita. Jos tällaista apua on saatu mutta ammattikirjoittaja ei ole osallistunut muuhun kuin kirjoittamiseen, tämä tulee ilmaista esimerkiksi artikkelin lopun kiitososiossa.

Peitekirjoittaja (guest author) on yleensä maineikas asiantuntija, jota pyydetään antamaan nimensä haamukirjoittajan kirjoittaman käsikirjoituksen tekijäluetteloon, jotta käsikirjoitus saataisiin varmemmin julkaistuksi. Joskus kirjoittajuutta saatetaan käyttää vaihdannan välineenä, jolla maksetaan esimerkiksi potilastiedoista, laboratoriopalveluista tai muista palveluksista ja vastapalveluksista. Myös nämä menettelyt ovat tekijyyden väärinkäytöksiä.

TUTKIMUSTEN REKISTERÖINTI

On tärkeää, että tutkimustulokset julkaistaan riippumatta siitä, ovatko ne toivotun mukaisia. Kansainvälisessä lääketieteellisessä julkaisemisessa on ollut vinoutumaa, sillä kaikkia tutkimuksia ei julkaista. Julkisuuteen päätyvät helpommin ne tutkimukset, joissa uusi hoito osoitetaan paremmaksi kuin vertailuhoito. Myös rahoittajatahon on havaittu vaikuttavan siihen,

miten helposti tutkimustulokset julkaistaan. Tutkimukset, joissa uusien hoitojen tulokset eivät poikkea aiemmista, jäävät helpommin raportoimatta. Kun hoitokäytännöt perustuvat julkaistun tiedon keräämiseen, valikoituminen vääristää hoitosuosituksia.

Tämän estämiseksi ja läpinäkyvyyden lisäämiseksi tutkimuksilta vaaditaan julkista rekisteröitymistä projektien käynnistysvaiheessa. Useat lääketieteelliset lehdet edellyttävät rekisteröimistä, jotta tutkimuskäsikirjoitus otettaisiin edes arvioitavaksi. Suuria rekistereitä ovat WHO:n ja ICMJE:n suosittelema ISRCTN-rekisteri (www.isrctn.com) ja yhdysvaltalainen ClinicalTrials.gov (www.clinicaltrials.gov).

On myös hyvä muistaa, että monet lääketieteellisiin tutkimuksiin osallistuvat henkilöt arvelevat osallistumisellaan hyödyttävänsä sairaita ihmisiä ja yhteiskuntaa. Jos tulokset sitten jätetään julkaisematta, tutkijat pettävät tutkittavien henkilöiden luottamuksen ja tutkittavat voivat kokea altistuneensa tutkimushoitojen mahdollisille haitoille turhaan.

SIDONNAISUUKSIEN ILMOITTAMINEN

Julkaistuilla artikkeleilla on usein vaikutusta hoitokäytäntöihin ja siten suurta taloudellista merkitystä. Useimmat lääketieteelliset lehdet vaativat, että kirjoittajat ilmoittavat sidonnaisuutensa käsikirjoitusta tarjotessaan. Sidonnaisuudet julkaistaan artikkelin yhteydessä, jotta lukijoilla on mahdollisuus arvioida artikkelin sisältöön mahdollisesti vaikuttavia seikkoja. Läpinäkyvyyden lisääminen on erityisen tärkeää nykyisin, sillä suuri osa kliinisestä tutkimuksesta on teollisuuden rahoittamaa.

Kirjoittajilta edellytetään, että he ilmoittavat tutkimuksen rahoittajat ja myös muut taloudelliset yhteytensä toimijoihin, joiden voidaan ajatella olevan kiinnostuneita käsikirjoituksen käsittelemästä asiasta. Jos jonkin yhteyden aiheellisuus askarruttaa, pyydetään mieluummin ilmoittamaan kuin jättämään ilmoittamatta. Aina sidonnaisuudet eivät liity rahaan, vaan ne voivat liittyä myös henkilökohtaisiin suhteisiin, akateemiseen kilpailuun tai olla aatteellisia tai tutkijan perheenjäsenten yhteyksiä tai työsuhteita. ■

Lisätietoja:

ALLEA. The European code of conduct for research integrity. ALLEA 2017. <https://allea.org/code-of-conduct/>
COPE. Journals' Best Practices for ensuring consent for publishing medical case reports: guidance from COPE. <https://publicationethics.org/node/30816> (laadittu 12/2016)

EQUATOR Network. <https://www.equator-network.org>

ICMJE. Defining the role of authors and contributors. <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

ICMJE. Disclosure of financial and non-financial relationships and activities, and conflicts of interest. <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/author-responsibilities--conflicts-of-interest.html>

ICMJE. Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals. <http://www.icmje.org/recommendations/> (päivitetty 12/2019).

Louhiala P, Saloheimo P, Launis V. Kuka on kirjoittaja? *Duodecim* 2014;130:198–9.

Pasternack A. (toim.). Kliinisen tutkimuksen etiikka. *Duodecim* 2015:143–8.

Saloheimo P. Tutkimustulosten julkaisemisen etiikkaa. Kirjassa: Keränen T, Pasternack A, toim. Kliinisen tutkimuksen etiikka. *Duodecim* 2016.

Saloheimo P. Kenelle kunnia kuuluu? *Suomen Lääkärilehti* 2017;72:96.

Saloheimo P. Sidonnaisuudet, seuraava askel. *Suomen Lääkärilehti* 2017;72:2279.

Saloheimo P. Viritettyä viestintää. *Suomen Lääkärilehti* 2019;74:357.

Saloheimo P. Sitä saat mitä mittaat. *Suomen Lääkärilehti* 2020;75:1653.

Tieteellisten julkaisujen tekijyydestä sopiminen. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 6/2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK_suositus_tekijyys.pdf

Eettiset toimikunnat ja neuvottelukunnat

Suomeen on perustettu useita terveydenhuollossa vaikuttavia ja toimivia eettisiä ryhmiä viime vuosikymmenten aikana. Osa niistä on lakisääteisiä ja osa ammattikunnan tai organisaation toiminnan tueksi perustettuja toimielimiä. Jotkut ryhmät käsittelevät tutkimuseettisiä kysymyksiä, toiset kliinisiä ja terveydenhuoltojärjestelmän kysymyksiä.

Terveydenhuoltoon ja lääketieteelliseen tutkimukseen liittyvistä kysymyksistä on tärkeää käydä yhteiskunnassa laajaa keskustelua.

Suomessa on useita valtakunnallisia terveydenhuollon ja tieteen eettisiin kysymyksiin perehtyneitä neuvottelukuntia, joiden tehtävänä on seurata alansa toimintaa, kehitystä ja tutkimusta sekä ottaa kantaa niihin liittyviin eettisiin kysymyksiin. Ne toimivat yhteistyössä sekä keskenään että alueellisten ja kansainvälisten toimielinten kanssa. Neuvottelukunnat järjestävät seminaareja ja muita tilaisuuksia ja voivat antaa lausuntoja ja suosituksia. Nämä eivät ole sitovia, mutta valtakunnallisten neuvottelukuntien näkemyksillä ja kannanotoilla on usein merkittävä asiantuntijavaikutus.

Jokaisessa yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä toimii lääketieteellistä tutkimusta arvioivia eettisiä toimikuntia. Tutkimuseettiset toimikunnat antavat lausuntoja, ja puoltava lausunto on edellytys tutkimusluvan myöntämiselle. Tutkimuseettiset toimikunnat voivat arvioida myös muuta kuin lääketieteellistä tutkimusta. Lisäksi muuta kuin lääketieteellistä tutkimusta arvioimaan on perustettu yliopistojen ja tutkimuslaitosten omia eettisiä toimikuntia, joiden perustamiseen lainsäädäntö ei velvoita. Joissakin sairaanhoitopiireissä on lisäksi epävirallisia ryhmiä, joiden tehtävänä on yhtäältä kouluttaa terveydenhuollossa toimivia ammattihenkilöitä ja toisaalta myös arvioida vaikeissa tapauksissa tehtyjä tai tehtäviä päätöksiä hoitoetikan näkökulmasta.

VALTAKUNNALLINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALAN EETTINEN NEUVOTTELUKUNTA (ETENE)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) perustettiin vuonna 1998. Neuvottelukunnasta säädetään potilaslaissa (785/1992) ja tehtävistä tarkemmin sitä koskevassa asetuksessa (667/2009). Neuvottelukunnan tehtäviä laajennettiin sosiaalihuoltoon vuonna 2009, jolloin sen nimi muuttui sosiaali- ja terveysalan eettiseksi neuvottelukunnaksi. ETENE kirjattiin myös lakiin sosiaalihuollon asiakkaiden asemasta ja oikeuksista (812/2000).

ETENE käsittelee sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta ja antaa niistä suosituksia. Se voi myös tehdä aloitteita sekä antaa lausuntoja ja suosituksia sosiaali- ja terveysalan eettisistä kysymyksistä ja herättää niitä koskevaa keskustelua yhteiskunnassa. Neuvottelukunta toimii asiantuntija-apuna sosiaali- ja terveysalaa ja sitä koskevaa lainsäädäntöä kehitettäessä, kerää ja välittää tietoa alan eettisistä kysymyksistä ja kansainvälisestä eettisestä keskustelusta sekä sosiaali- ja terveysalan ja siihen liittyvän teknologian kehityksestä ja sen liittymisestä eettisiin kysymyksiin.

Neuvottelukunnassa on muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, potilasjärjestöjen ja sosiaalihuollon asiakkaiden edustajia, sosiaali- ja terveyspalvelujen järjes-

täjiä, muiden tieteenalojen kuten oikeustieteen, yhteiskuntatieteiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon tutkijoita sekä kansanedustajia.

VALTAKUNNALLINEN LÄÄKETIETEELLINEN TUTKIMUSEETTINEN TOIMIKUNTA (TUKIJA)

ETENEn lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (TUKIJA) nimitettiin vuonna 1999. Vuonna 2010 siitä tuli erillinen Valviran yhteydessä toimiva valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta. Toimikunnan tehtävistä säädetään laissa lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) sekä toimikuntaa koskevassa asetuksessa (820/2010).

Toimikunta toimii tutkimuseettisten kysymysten asiantuntijana ja seuraa, ohjaa ja koordinoi tutkimuseettisten kysymysten käsittelyä. Lisäksi se tukee alueellisia eettisiä toimikuntia lääketieteellistä tutkimusta koskevissa periaatteellisissa eettisissä kysymyksissä ja niitä koskevan koulutuksen järjestämisessä. Toimikunta osallistuu myös kansainväliseen yhteistyöhön ja edistää tutkimukseen liittyvää kansalaiskeskustelua.

TUKIJA antaa eettisiä arvioita Suomessa toteutettavista kliinisistä lääketutkimuksista, ellei se siirrä lausunnon antamista alueelliselle eettiselle toimikunnalle. Lisäksi TUKIJA antaa pyydettyä lausuntoja sellaisista tutkimuksista, jotka ovat saaneet kielteisen lausunnon alueellisissa eettisissä toimikunnissa.

Tätä kirjoitettaessa eduskunnan käsittelyssä on hallituksen esitys (HE 18/2020) lääketieteellistä tutkimusta koskevien säännösten muuttamisesta Euroopan lääketutkimusasetuksen tullessa voimaan. Esityksen mukaan perustettaisiin uusi valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta, jonka tehtävänä olisi kaikkien Suomessa suoritettavien kliinisten lääketutkimusten eettinen arviointi. Muutoksen yhteydessä TUKIJA lakkaisi toimimasta nykyisessä muodossaan. Lisäksi muutettaisiin menettelyä siitä, miten toimeksiantajalla olisi mahdollisuus hakea muutosta alueellisen eettisen toimikunnan antamaan kielteiseen lausuntoon. Lausunnotta voisi hakea oikaisua uuden valtakunnallisen eettisen toimikunnan erilliseltä muutoksenhakujaostolta. Sen lausuntoon voisi hakea muutosta hallinto-oikeudelta.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA (TENK)

Vuonna 1991 perustettu tutkimuseettinen neuvottelukunta on asiantuntijaelin, joka käsittelee kaikkien tieteelliseen tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. TENK:n tehtävänä on tehdä esityksiä ja antaa lausuntoja viranomaisille oman alansa lainsäädäntö- ja muista kysymyksistä, toimia asiantuntijaelimenä tutkimuseettisiä ongelmia selvittäessä, tehdä aloitteita tutkimuseetiikan edistämiseksi sekä edistää tutkimuseetiikkaa koskevaa keskustelua Suomessa. Lisäksi se seuraa alansa kansainvälistä kehitystä ja osallistuu aktiivisesti kansainväliseen yhteistyöhön sekä harjoittaa tutkimuseettisiin kysymyksiin liittyvää tiedotustoimintaa.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on muun muassa julkaissut ohjeiston hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausten käsittelemisestä. Neuvottelukunta järjestää seminaareja ja tekee aloitteita akateemisen ja yhteiskunnallisen keskustelun edistämiseksi.

BIOTEKNIIKAN NEUVOTTELUKUNTA JA GEENITEKNIIKAN LAUTAKUNTA

Biotekniikan neuvottelukunta perustettiin vuonna 1992 edistämään biotekniikan tutkijoiden, toiminnanharjoittajien ja viranomaisten yhteistyötä, seuraamaan biotekniikan kehitystä, tutkimusta ja terveys- ja ympäristövaikutuksia sekä kehittämään bio- ja geenitekniikan tutkimusta, tiedotusta, koulutusta ja kansainvälistä yhteistyötä.

Suomessa toimii myös geenitekniikan lautakunta, joka muun muassa käsittelee tutkimussuunnitelmia ja antaa tutkimuslupia geeniteknologiaa käyttäviin tutkimuksiin. Tavoitteena on ihmiselle, eläimille ja ympäristölle turvallinen ja eettisesti hyväksyttävä geeniteknologian käyttö. Lautakunta toimii yhteistyöelimenä Euroopan unioniin, jonka biotekniikkaa käsittelevät direktiivit säätelevät bioteknologian käyttöä EU:n jäsenvaltioissa.

LÄÄKÄRIJÄRJESTÖJEN EETTISET TOIMIKUNNAT

Suomen Lääkäriliiton pitkäaikainen eettisten periaatekysymysten valiokunta laajeni 2011 eettiseksi neuvottelukunnaksi, jossa on jäseniä myös Suomalaisesta lääkäriseurasta Duodecimista, Finska Läkaresällskapet -yhdistyksestä sekä Suomen Hammaslääkäriliitosta. Neuvottelukunnan tehtävänä on seurata lääkärin ja terveydenhuollon etiikan periaatekysymyksiä kotimaassa ja kansainvälisesti. Se valmistelee kannanottoja, tekee ehdotuksia lääkärin etiikan kehittämiseksi ja lääkäreiden sitouttamiseksi eettiseen toimintaan, edistää alan koulutusta ja seuraa yhteiskunnallista keskustelua. Neuvottelukunta vastaa myös Lääkärin etiikka -kirjan päivittämisestä.

Suomen Hammaslääkäriliiton eettinen valiokunta on toiminut vuodesta 2002. Sen näkyvimpiä tehtäviä on vuosittaisen etiikka-aiheisen koulutuspäivän järjestäminen liiton jäsenille. Valiokunnan tehtäväpiiriin kuuluu hammaslääkärintyöhön liittyvien eettisten kysymysten lisäksi myös laadunhallintaan liittyviä asioita.

Lääkärijärjestöt ovat perustaneet myös verkkopalveluna Lääkäreiden eettisen foorumin, johon lääkäri voi lähettää kuvauksen ongelmallisesta tapauksesta eettisistä kysymyksistä kiinnostuneen työryhmän pohdittavaksi. Eettinen foorumi on julkaissut tiivistelmiä kysymyksistä ja foorumin pohdinnoista Lääkärilehdessä, ja tapauksia on käyty läpi myös Lääkäripäivillä eettisen foorumin järjestämällä kurssilla.

ALUEELLISET EETTISET TOIMIKUNNAT

Lainsäädäntö edellyttää, että kliinisten lääketutkimusten ja lääketieteellisten tutkimusten eettisyys arvioidaan etukäteen ja että ennen tutkimuksen aloittamista eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta puoltavan lausuntonsa. (Ks. [Eettiset periaatteet kliinisessä tutkimustyössä](#))

Eettisten toimikuntien koko, kokoonpano sekä tehtävät on määritelty laissa. Eettisten toimikuntien jäsenet toimivat virkavastuulla, ja heillä on tutkimuksista salassapitovelvollisuus.

Kliinisten lääketutkimuksien ja muun lääketieteellisen tutkimuksen ulkopuolelle jäävien tutkimussuunnitelmien arviointia varten moniin yliopistoihin ja tutkimuslaitoksiin on perustettu eettisiä toimikuntia. Ne noudattavat tutkimuslain periaatteita kokoonpanossaan ja toiminnassaan silloin, kun se on mahdollista ja tarkoituksenmukaista.

Joihinkin sairaanhoitopiireihin on perustettu alueellisia hoitoeettisiä neuvottelukuntia, joiden tehtävänä on keskustella alueellisesti terveydenhuollon eettisistä kysymyksistä. Ne

voivat myös laatia suosituksia ja ohjeita potilaiden hoitoon ja miettiä tapauskohtaisia kysymyksiä. Tämän lisäksi muutamilla paikkakunnilla toimii eettisiä keskusteluryhmiä, joissa keskustellaan säännöllisin väliajoin terveydenhuollon eettisistä kysymyksistä. Nämä keskusteluryhmät ovat epävirallisia, ja niissä toimiminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja henkilökohtaiseen kiinnostukseen.

KANSAINVÄLISET KOMITEAT

Monissa maissa on perustettu kansallisia terveydenhuollon ja bioetiikan kysymyksiä käsitteleviä komiteoita. Kansalliset eettiset komiteat kokoontuvat säännöllisin väliajoin keskustelumaan yhteisistä asioista. Kokouksia järjestävät muun muassa Euroopan komissio, WHO ja Euroopan neuvosto. Nämä yhteiskokoukset ovat lähinnä keskustelu- ja tapaamistilaisuuksia, joissa komiteoiden jäsenet ja toimijat voivat vaihtaa ajatuksiaan ja kertoa omasta toiminnastaan. Euroopan komission alaisena toimii myös Euroopan tieteen ja uusien teknologioiden etiikan asiantuntijaryhmä (EGE). UNESCOlla on bioeettinen komitea (IBC). Myös pohjoismailla on bioetiikan asioita käsittelevä komitea Nordic Committee on Bioethics. Genetiikan alalla toimii sekä eurooppalainen että kansainvälinen järjestö: ESHG (European society of Human Genetics) ja IFHGS (International Federation of Human Genetics Societies). ■

Lisätietoja:

ETENE: www.etene.fi

TUKIJA: www.tukija.fi

TENK: www.tenk.fi

BTNK: www.btnk.fi

GTLK: <http://www.geenitekniikanlautakunta.fi>

Suomen Lääkäriliiton eettinen neuvottelukunta: www.laakariliitto.fi

Lääkärin eettinen foorumi: http://www.duodecim.fi/kotisivut/kotisivut.sivut.koti?p_sivusto=69

Alueelliset eettiset toimikunnat: http://www.tukija.fi/fi/linkit/eettiset_toimikunnat

EGE: http://ec.europa.eu/bepa/european-group-ethics/index_en.htm

NEC Forum: <http://ec.europa.eu/research/science-society/index.cfm?fuseaction=public.topic&id=1305>

IBC: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/international-bioethics-committee/>

ESHG: <https://www.eshg.org/>

IFHGS: <http://www.ifhgs.org/>

NCBIO: <https://ncbio.org/>

WHO: <http://who.int/ethics/en/>



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET



Suomen Hammaslääkäriliitto
Finlands Tandläkarförbund