

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen
neuvottelukunta (ETENE)

28.10.2008

PÖYTÄKIRJA 28.10.2008

Aika	28.10.2008 klo 12-16		
Paikka	Iso kokoustila, STM, Kirkkokatu 14, Helsinki		
Läsnä:	Markku Lehto, puheenjohtaja	(x)	Jaana Hallamaa, varapuheenjohtaja (x)
	Jäsenet:		Varajäsenet:
	Jyrki Pinomaa	(x)	Mirva Sandelin 0
	Mardy Lindqvist	0	Markku Lehto (x)
	Timo Keistinen	0	Harri Vertio 0
	Leena Niinistö	0	Kari-Pekka Martimo 0
	Pirkko Lahti	(x)	Sirpa Peura 0
	Helena Leino-Kilpi	0	Anna-Leena Brax 0
	Aira Pihlainen	0	Päivi Rautava (x)
	Heikki Vuorela	(x)	Raimo Puustinen 0
	Jaana Kaleva-Kerola	(x)	Kari Eskola 0
	Irma Pahlman	(x)	Anna Mäki-Petäjä-Leinonen 0
	Anne Niemi	(x)	Irma Telivuo 0
	Raimo Sulkava	0	Minna Raivio 0
	Jyrki Jyrkämä	0	Helka Urponen 0
	Paavo Juvonen	0	Jaakko Heinimäki 0
	Hannakaisa Heikkinen	0	Håkan Nordman 0
	Ilkka Kantola	0	Anneli Kiljunen 0
	Erkki Virtanen	0	Kirsi Ojansuu 0
	Sirpa Asko-Seljavaara	(x)	Eero Akaan-Penttilä 0
	Heikki Ruskoaho, TUKIJA:n puheenjohtaja	0	
	Helena Kääriäinen, TUKIJA:n varapuheenjohtaja	(x)	
	Nina Lindqvist, osastosihteeri	(x)	
	Outi Konttinen, TUKIJA:n sihteeri	(x)	
	Ritva Halila, pääsihteeri	(x)	
	Koulutusjohtaja Mika Vuorela, Mielenterveyden keskusliitto (1-5 §)		
	Toiminnanjohtaja Kristiina Aminoff, Omaiset mielenterveystyön tukena kl (1-5 §)		
	Kuntoutumisvalmentaja Birgitta Kause, Klubitalo Sarastus, Pori (1-5§)		
	Pääsihteeri Teija Honkonen, STM, Masto-hanke (1-5 §)		
	Ylilääkäri Timo Tuori, Stakes (1-5 §)		
	Lääkintöneuvos Merja Saarinen, STM (10 §)		
	Tutkimusprofessori, osaston johtaja Petri Ruutu, Kansanterveyslaitos (10 §)		
	Johtaja Mika Salminen, Kansanterveyslaitos, HIV-yksikkö (10 §)		
	Erikoislääkäri Jussi Sutinen, HUS (x, 10 §)		
	Erikoislääkäri Eeva Salo, HUS Lasten ja nuorten sairaala (10 §)		
	Tartuntatautilääkäri Marjut Asikainen, Vantaan kaupunki (10 §)		

1 Kokouksen avaus

Puheenjohtaja Markku Lehto avasi kokouksen klo 12.

2 Edellisen kokouksen pöytäkirja

Hyväksyttiin.



3 Uuden työryhmän perustaminen

Edellisessä neuvottelukunnan kokouksessa päätettiin ETENE:ssä kuulla mielenterveyssektorin edustajia. Paikalla olivat koulutusjohtaja Mika Vuorela Mielenterveyden keskusliitosta, toiminnanjohtaja Kristiina Aminoff Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitosta sekä kuntoutumisvalmentaja Birgitta Kause Klubitalo Sarastuksesta Porista. Masto-hankkeen pääsihteeri Teija Honkonen sekä Mieli 2009-hankkeen sihteeriä ylilääkäri Timo Tuori kertoivat kokouksessa em. hankkeista.

Mika Vuorela painotti erityisesti oikeutta hyväksi koettuun mielen terveyteen ja hyvään sairauden hoitoon, ehkäisevän mielenterveystyön sekä yhteisyyden ja merkityksellisyyden tunteen merkitystä sekä tavoittelemisen arvoisten asioiden tarjontaa kuntoutuvalle. Sairauden hoito ei riitä, vaan sen lisäksi kuntoutus arjen toimintaan on välttämätöntä. On tärkeää tarjota työkaluja myös kerran sairastuneelle sairauden uusiutumisen ehkäisemiseksi.

Potilaan/kuntoutujan ja hänen lähiomaistensa kuulluksi tulemista ja asemaa pitäisi vahvistaa, ja kuntoutuja ja hänen lähiverkkonsa pitää huomioida hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa. Kirjallinen kuntoutus- ja palvelusuunnitelma ei välttämättä edes ole kuntoutujan tai hänen lähiomaisensa tiedossa, vaikka sellainen olisi tehty. Kuntoutussuunnitelmasta tai hoidosta vastaava henkilö ei ole myöskään usein kuntoutujan tiedossa. Kuntoutuksen tavoite, aktiivinen yhteiskuntaan osallistuva kansalainen, hukkuu matkalla ja jää näin usein toteutumatta. Ammatilliseen kuntoutukseen, asumiseen ja liikuntaan liittyvä aktiivista kansalaisuutta tukeva toiminta on heikosti järjestettyä, ja sitä torpedoivat kaikenlaiset hallinnolliset esteet.

Kansalaisjärjestöjen edustajat toivoivat myös palveluita koteihin, esimerkiksi arjen apua kriisitilanteisiin. Toiveina olivat myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön parantuminen sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden lisääminen mm. työterveyshuollossa.

Tahdosta riippumaton hoito on merkki muiden toimenpiteiden epäonnistumisesta. Se on loukkaus henkilön itsemääräämisoikeutta vastaan, ja sen vuoksi sen määrän minimoiminen on potilaan etu. Tahdosta riippumattoman hoidon määrä on noussut suhteessa muuhun psykiatriseen hoitoon.

Kristiina Aminoff nosti esiin omaisten roolin ja merkityksen mielenterveystyössä. Omaisten rooli on tuntunut kasvaneen viime aikoina. Omaisten tehtävänä ei ole vain mielenterveyskuntoutujan tai –potilaan hyvinvoinnin tukeminen, vaan hänellä on myös oikeus olla oma yksilönsä. Perhetyö on tärkeä osa mielenterveystyötä.

Omaisen asemaa tulisi vahvistaa, jaksamista tukea. Kun omaisen vastuu lisääntyy potilasta koskevassa hoidossa, hänen pitää saada olla mukana päätöksenteossa. On tärkeää pohtia, miten esim. tiedonsaannin parantamisella pystyttäisiin vähentämään omaisten huolta sairaasta läheisestään. Omaisella on myös oikeus omaan elämään. Mielenterveyspotilaan omaisilla on suuri riski sairastua taakkansa alla. Omaisen masennusalttius pitäisikin pystyä tunnistamaan ja pyrkiä ehkäisemään. Omaisten sairastumista ei pidä asettaa eriarvoiseen asemaan toisen hyvinvoinnin kustannuksella. Omaisten arvoa ei pitäisi mitata vain hyötynä yhteiskunnalle, eikä omaista saa jättää viimeiseksi vastuunkantajaksi.

Birgitta Kause kertoi, että Klubitalot edustavat sairaalasta avohoitoon siirtyneitä mielenterveyskuntoutujia. Mielenterveyskuntoutujien suurimmat ongelmat, työttömyys, yksinäisyys ja toimettomuus, eivät hoidu lääkkeillä tai terapialla. Klubitalot toteuttavat kuntoutusmallia, johon kuuluvat mm. vertaistuki, siirtymätyö sekä työpainotteinen päivä. Tuen on oltava räätälöityä yksilöllisen tuen tarpeen vuoksi. Osa kuntoutujista tarvitsee tukea aluksi lähes kaikkeen arjen toimintaan, joku työelämässä ollut tarvitsee tukea työhön paluuseen. Työvoimaministeriön selvityksen mukaan kuuden kuukauden kuntoutustuen jälkeen työelämään palaa vain n. 10 %. Byrokratia asettaa myös esteitä: kerran työkyvyttömyyseläkkeelle kirjoitettu ei pääse helpolla takaisin työelämään. Työ olisi kuitenkin yksi merkittävä osa ihmisen kuntoutumista.

Työvoimatoimistoissa tarvittaisiin paljon ymmärrystä myös sairauksista ja niistä aiheutuvista toimintakyvyn rajoituksista. Tällöin ihmistä voidaan auttaa tarpeen tullen ylittämään erilaisia



kynnyksiä yhteiskunnassa. Lomakkeiden täyttäminen määräpäiviin mennessä on monille kuntoutujille vaikeaa. Työllistymistä eivät helpota vanhojen asiakirjojen pohjalta laaditut lääkerintodistukset.

4 MASTO-hankkeen esittely

Teija Honkonen esitteli vuosi sitten käynnistynyttä MASTO-hanketta. Hanke lähti liikkeelle eläköitymisen syitä pohtivasta työkyvyttömyysasiain neuvottelukunnan selvityksestä¹. Suomessa masennuksesta aiheutuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on noussut viime vuosikymmeninä merkittävästi. 75 % masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneistä on yli 45-vuotiaita, n. 40 % yli 55-vuotiaita. Eläkkeelle siirryttiin v. 2006 keskimäärin 48-vuotiaina. 62 % eläköityvistä on naisia. Vain joka kymmenes on saanut viikoittaista psykoterapiaa, ja 35 %:lle on tehty korkeintaan yksi lääkehoitokokeilu ennen eläkkeelle siirtymistä. Kuitenkin lähes kaikki eläkkeelle päätyneet käyttivät jotain masennuslääkettä. Edellinen on ristiriidassa masennuksen Käypä hoito –suosituksen kanssa, jonka mukaan olisi kokeiltava vähintään kahhta erilaista lääkettä ennen potilaan lähettämistä erikoissairaanhoidon.

Lääketieteellisesti diagnosoitavissa olevan masennuksen esiintyvyys on Suomessa samaa luokkaa kuin monissa muissa maissa, naisilla 8 %, miehillä 4 – 5 %. Keskustelua masennuksesta häiritsee käsitteiden sekavuus: mm. lievempiä mielialahäiriöitä, surua, surumielisyyttä, ja ahdistusta kutsutaan usein masennukseksi. Toki näidenkin oireiden hoitoon tarvitaan usein terveydenhuollon tukea ja palveluita.

Monet tekijät vaikuttavat masennukseen puhkeamiseen. Jos niitä tunnistettaisiin, niihin voitaisiin vaikuttaa. Masennus ja laskee huomattavasti ja laajasti ihmisen toimintakykyä ja aiheuttaa paljon kärsimystä sekä ihmiselle itselleen että ympäristölleen. Sairauden aiheuttamat kustannukset ovat suuret sekä yksilölle että yhteiskunnalle.

Masennuksesta ja sen hoidosta on erittäin paljon tutkimustietoa. On tärkeää tunnistaa tilanne mahdollisimman nopeasti ja aloittaa myös hoito ensimmäisten kuukausien aikana. Masto-hankkeen keskeinen tavoite onkin kuntoutuksen ja työhön paluun tukeminen, eläkkeelle siirtyneiden määrän lasku ja turhaan pitkittyvien sairauslomien ehkäiseminen. Tähän halutaan vaikuttaa aidosti, ei tiukentamalla eläkkeelle pääsyn kriteereitä.

Suurin osa Masto-hankkeessa luetelluista toimenpiteistä voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa. Pääpaino on aktiivisessa varhaisvaiheen hoidossa. Psykoterapeuttista osaamista vahvistetaan, masennushoitajatoimintaa laajennetaan ja joustavia, matalan kynnyksen konsultaatiopalveluita otetaan käyttöön. Pelkkä masentuneen kirjoittaminen sairauslomalle ei ole asianmukaista hoitoa.

Terveydenhuollon lisäksi keskeisiä Masto-hankkeen yhteistyösopuolia ovat työmarkkinajärjestöt sekä kolmas sektori. Kohteena on koko työikäinen väestö, ei pelkästään työssäkäyvät. Hankkeessa on pohdittu myös, pitäisikö lainsäädäntöä uudistaa, esimerkiksi siirtää osapäiväkuntoutus harkinnanvaraisuudesta järjestämisvelvollisuuden piiriin. Osasairauspäivärahaa, työkokeiluja ja uudelleen koulutusta on käytetty odotettua vähemmän. Tuettu työllistäminen ei ole osoittautunut tehokkaaksi.

Masto-hankkeessa ehdotetaan työpaikoille toteutettavaksi työhön paluun toimintamalli, jossa sovitaan tietyt käytännöt, jos työntekijä joutuu pitkälle sairauslomalle. Tavoitteena on vahvistaa kykyä palata takaisin työhön. Vaikka henkilö olisi sairautensa vuoksi erikoislääkärin hoidossa, olisi töihin paluu järkevää hoitaa yhteistyössä työterveyshuollon kanssa.

Päihdeongelmallisille toteutetaan mini-interventiotoimintaa. Työterveyshuollossa voidaan järjestää vertaistukea sekä stressinhallinta- ja itsehoitoryhmiä. Psykoterapeuttista osaamista pitäisi vahvistaa. Masennushoitajien toiminta on todettu hyödylliseksi. Masennuksen hoidossa

¹ R. Gould, H. Grönlund, R. Korpiluoma, H. Nyman, K. Tuominen: Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta: Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1



pitäisi olla käytössä myös ns. matalan kynnyksen konsultaatiopalveluita. Hankkeessa on valmisteltu myös työterveyshuoltoon soveltuvaa depression hoidon käypä hoito –suositusta.

Masto-hankkeeseen kuuluu koulutuskiertue ensin työterveyshuollon henkilöstölle, sitten työelämän toimijoille sekä työsuojeluhenkilöstölle.

5 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli 2009 –hanke)

Timo Tuori esitteli ETENE:lle kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli 2009) nykytilanteen. Hanke käynnistyi vuonna 2005 106 kansanedustajan toimenpideohjelmaa. Työryhmä asetettiin 10.4.2007. Hankkeessa on ollut sekä alueellisia että järjestökuulemistilaisuuksia, ja hankkeesta on keskusteltu myös otakantaa-sivustolla.

Ehdotuksissa tärkeimpänä ovat asiakkaan näkökulma ja tarpeet, tärkeitä ovat myös ehkäisevä ja mielenterveyttä edistävä työ, avohoitopainotteisuus sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen sijainti lähellä ihmisen arkea. Asiakkaan asemaa vahvistettaisiin parhaiten yhden oven periaatteella, perheen näkökulman ja tuen ottamisella huomioon, vertaistuenkehittämisellä ja kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisellä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmat pitäisi tehdä ja arvioida määrääjässä. Asiakkaalla pitäisi olla mahdollisuus toisen asiantuntijan arvioon, ainakin tahdosta riippumattomassa hoidossa ja pitkäaikaisessa sairaalahoidossa.

Ohjauskeinoja kehittämällä pyritään siihen, että pitkäaikaista hoitoa tarvitsevat potilaat hoidettaisiin pääsääntöisesti tuetussa avohoidossa sekä palveluasumisessa. Myös kriminaalipotilaiden hoitamista suljettujen laitosten sijassa velvoittavassa avohoidossa on keskusteltu. Pakkokeinoja koskevia säännöksiä on tarkistettava. Selvitetään myös mahdollisuuksia yhdistää mielenterveyslaki ja päihdehuoltolaki. Työryhmän tavoitteena on myös erillisten psykiatristen sairaaloiden toiminnan lakkauttamisen luonnollisen kehityksen seurauksena. Tuori painotti sitä, että tämä tapahtuisi avohoidon ja erilaisten asumismuotojen vahvistamisen yhteydessä, ja sairaansijojen perustamisella yleisten sairaaloiden yhteyteen. Sairaansijat vähenisivät 4500:sta 3000:een.

Hankkeen toimenpiteet rahoitettaisiin osittain valtionosuuksien puitteissa, Kaste-ohjelman kautta, mutta rahoitukseen osallistuisivat myös mm. KELA, RAY, SITRA, TEKRY ja TEKES.

Mieli-hanke sisältää 31 toimenpideohdotusta. Tutkimustietoa on paljon, joten uusia tutkimushankkeita ei tarvita. Ongelmana on ollut enemmänkin tiedon siirtyminen käytäntöön ja toimijoiden sitoutuminen toimenpiteisiin.

Suomessa on edelleen laitoskeskeinen mielenterveyssektorin toimintaympäristö. Voimavaroja ei riitä avohoidon hyvän hoidon kehittämiseen. Jotta toimintaympäristöä pystytään muuttamaan avohoitoon, avohoidon palveluja on vahvistettava mahdollisesti kaksoisrahoituksen avustuksella. Palveluvalikoiman pitäisi olla varsin laaja ulottuen kotisairaaloimintaan. Somaattisten sairaaloiden yhteydessä toimivilla psykiatristen osastoilla voisi toimia esim. syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneita erikoisosaajia. Avohoidon peruspalveluista vastaavat tulevaisuudessa terveyskeskukset ja sosiaalitoimi. Avohoidossa pyritään yhdistämään mielenterveys- ja päihdepalvelut. Tämä helpottaa mielenterveys- ja päihdeongelmaisen potilaan asioiden hoitoa ja syrjäytymisen vaaraa. Tällaista on kokeiltu jo useilla paikkakunnilla, ja kokemukset ovat voittopuolisesti positiiviset.

Päihdepalveluissa pyritään vaikuttamaan alkoholin käyttöön pyrkimällä katkaisemaan kielteinen sosiaalinen perimä, vahvistamaan yhteisyyttä ja osallisuutta, sekä kehittämällä hoito- ja palvelujärjestelmää. Kiireellisen ja kiireettömän hoidon raja on arvioitava uudelleen.

Ehkäisevän työn samoin kuin kokemusasiantuntijoiden käytön tulisi olla osa mielenterveys- ja päihdepalveluiden rakenteita.

Suunnitelmaluonnokseen toivotaan kommentteja 17.11. saakka. Se löytyy Internet-osoitteesta: (<http://info.stakes.fi/mielijapaihde/FI/index.htm>).



Keskustelua esityslistan kohdista 4-6:

Keskustelussa pohdittiin, onko mielenterveys sairauksien lisääntyminen enemmän oirehdintaa yhteiskunnan ja sen arvojen kovenemisestä kuin viesti sairauden ja sairastuneiden määrän todellisesta kasvusta. Kaikki eivät pysy mukana kiihtyvässä tahdissa ja vaatimusten kasvaessa. Osa mielenterveyssyyn vuoksi tehdyistä eläkepäätöksistä voi olla seurausta monien terveys- ja muiden ongelmien summautumisesta. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevista moni haluaisi osallistua jollain lailla työelämään. Osapäiväsairauslomaa ja osa-aikaeläkettä käytetään kuitenkin vielä aika vähän. Olisi tärkeää pohtia yleisemminkin, onko oikein tai onko yhteiskunnalla varaa pitää kuntoutumassa olevaa tai kuntoutumispotentiaalin omaavaa poissa työelämästä, jos hän pystyisi tekemään työtään esimerkiksi 60 –prosenttisesti, ja erityisesti silloin, jos erilaiset yhteiskunnan tukimuodot mahdollistavat sijaisen palkkaamisen paikkaamaan vajaakuntoisen työpanosta. Työssä olo ja osallistuminen ovat merkittävä osa ihmisen kuntoutumista, joten ne voivat samalla nopeuttaa henkilön toipumista täyteen työkuuntoon.

Häpeä leimaa mielen sairauksia paljon enemmän kuin monia muita sairauksia. Sairauslomalla oleva pelkää joutuvansa kertomaan sairaudestaan, jos hän palaa osa-aikaisena takaisin työyhteisönsä. Pelkona on työpaikan, aseman ja arvostuksen menettäminen, jos mielenterveysongelma paljastuu. Tällöin sekä hakeutuminen avun piiriin että paluu työhön voivat viivästyä ja vaikeutua entisestään. Yksi syy erilaiseen suhtautumiseen mielen sairauksiin lienee myös palvelujärjestelmässämme; mielen sairauksille on oma lainsäädäntönsä sekä omat hoitolaitoksensa, jotka sijaitsevat erillään muusta yhteiskunnasta ja muista terveydenhuollon yksiköistä. Yhteydet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ovat usein puutteelliset.

Toisaalta mielenterveyden häiriöt pelottavat, koska ne tulevat niin lähelle ihmisen persoonaa ja vaikuttavat voimakkaasti ihmisen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Mielenterveys on myös käsitteenä liukuva. Häiriöiden pelätään ”tartuvan”. Vaikka mielen sairaudet ovat pitkäaikaisia, ne eivät kuitenkaan ole pysyviä. Suuri osa sairastuneista toipuu. Mielen sairaus leimaa kuitenkin pitkään ihmisen arkea.

Mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen vaatii ammattitaitoa ja kykyä vaikuttaa. Terveystieteiden ammattihenkilöiden koulutuksessa mielenterveyden häiriöitä on painotettu vaihtelevasti, ja erityisesti päihdesairauksien opetus on niukkaa. Yleislääketieteen erikoistumiskoulutukseen ei välttämättä kuulu psykiatrian jaksoja lainkaan. Psykiatrien erikoistumiskoulutukseen ei kuulu psykoterapiakoulutusta. Sosiaalisektorilla toimijat eivät tunne mielenterveyshäiriöitä ja niiden vaikutusta ihmisen toimintakykyyn, työvoimaviranomaiset vielä sitäkin vähemmän.

Hoidon suuntaaminen perusterveydenhuoltoon, kokemusasiantuntijoiden käyttö, varhainen puuttuminen, hoito ja kuntoutus sekä integraatio takaisin työelämään erilaisin työhön paluun mallein edellyttää eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Sen tuloksena voidaan vähentää merkittävästi sekä inhimillistä kärsimystä että yhteiskunnan kustannuksia.

Keskustelussa nostettiin esiin myös mielenterveyskuntoutuksen harkinnanvaraisuus. Syöpäsairaiden hoitoa ei jätetä kesken ajan tai rahan loppuessa, mielen sairauksissa näin tehdään usein. Toisaalta pohdittiin sitä, pitäisikö hoidon toteutumattomuudesta asettaa sanktiot, vai riittääkö informaatio-ohjaus.

Neuvottelukuntaa huoletti myös riittävän ja laadukkaan hoidon saatavuus. Suomessa on psykiatreja, psykoterapeutteja sekä nuoriso- ja lastenpsykiatreja asukaslukuun nähden suhteellisen paljon. Silti julkisessa terveydenhuollossa on vaikeaa päästä tarpeen mukaiseen hoitoon.

Mielenterveyskuntoutuja tarvitsee pitkäaikaisesta sairaudesta toipumisessa palveluohjausta, vastuuhenkilöä joka koordinoisi ja auttaisi henkilöä kuntoutumisen eri vaiheissa. Työterveyshuollossa työterveyshoitaja voisi toimia hyvin palveluohjaajana, perusterveydenhuollossa omahoitaja. Palveluohjaus toimii yhteisössä, jossa kuntoutuspalveluita on tarjolla riittävästi, ja jossa osataan käyttää sairauksista ja niiden erilaisista hoidoista ja kuntoutuksesta olemassa olevaa tietoa.



Puheenjohtaja pyysi alustajilta vielä kannanottoa siitä, mitä heidän mielestään olisi tärkeintä muuttaa mielenterveyspotilaan tai –kuntoutuksen hoidossa, ja mihin heidän mielestään olisi syytä puuttua ETENE:n mahdollisessa tulevassa raportissa.

Päätettiin palata ryhmän perustamiseen seuraavassa kokouksessa.

6 Vuoden 2008 kesäseminaarin jatkoprosessointi

Pääsihteeri on valmistellut seminaarista yhteenvedon, johon hän pyysi ETENE:n jäsenten kommentteja. Ajan rajallisuuden vuoksi sovittiin, että jäsenet lähettävät kommentteja pääsihteerille sähköpostilla. Keskustelu asiasta siirrettiin seuraavaan kokoukseen.

7 ETENE:n rakenneuudistus

Pääsihteeri kertoi, että ETENE:n laajentuminen sosiaali- ja terveydenhuollon eettiseksi neuvottelukunnaksi edistyy pikkuhiljaa. TUKIJA:an liittyvät kysymykset odottavat vielä päätöksiä.

8 Kimpan uudistuminen

Pääsihteeri kertoi, että STM:n sopimus Kimpan toimittajan TeamWaren kanssa loppuu vuoden vaihteessa. Ministeriön tiedonhallintayksikkö on ehdottanut toistan helppokäyttöisempää työtilaa ETENE:n käyttöön. Tästä enemmän seuraavassa kokouksessa.

9 Kevään 2009 kokoukset

Pääsihteeri lähettää ETENE:n jäsenille kyselyn kevään kokousaikataulusta ja kesäseminaarin päivämäärästä.

10 Lausuntopyyntö pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektiöseulonnasta

ETENE:n jäsenille lähetetyn infektiotautien seulonnan suosituluonnoksen lisäksi kokouksessa olivat asiasta kuultavina lääkintöneuvos Merja Saarinen sosiaali- ja terveysministeriöstä, johtaja Petri Ruutu Kansanterveyslaitoksen infektiopidemiologian yksiköstä, johtaja Mika Salminen Kansanterveyslaitoksen HIV-yksiköstä, erikoislääkärit Jussi Sutinen ja Eeva Salo HUS:ista sekä infektiolääkäri Marjut Asikainen Vantaan kaupungista. Marjut Asikainen kertoi neuvottelukunnalle infektiöseulontasuunnitelman ongelmakohtista, ja Jussi Sutinen erityisesti HIV-seulonnasta.

Suomessa maahanmuuttajien infektioiden seulonnasta on pitkä perinne. Seulonnalla on pyritty hoitamaan kehitysmaissa yleisiä tartuntavaarallisia tauteja. 90-luvun alussa laadittu ohje infektiotautien seulonnasta on osittain vanhentunut. Erityisesti HIV:in hoitomahdollisuuksien paraneminen on aiheuttanut tähän muutostarpeita. Uuden suosituksen valmistelu alkoi v. 2008 alussa. Aluksi suositusta käytetään pakolaisten ja turvapaikan hakijoiden tarkastuksissa, myöhemmin myös seulottaessa muiden maahanmuuttajien, kuten avioliiton perusteella Suomeen muuttavien ja adoptoitavien lasten infektiota. Pakolaisia sijoitetaan Suomeen 1 000 – 2 000 vuosittain. Pakolaisille osoitetaan kotikunta. Kotikunta kustantaa pakolaisen sairaanhoidon. Turvapaikan hakijat hakeutuvat Suomeen oma-aloitteisesti. Heidät sijoitetaan vastaanottokeskuksiin. Turvapaikan hakijoilla on oikeus välttämättömään ja ensiavun luonteiseen sairaanhoitoon. Jos turvapaikan hakija sairastuu, lasku sairaanhoitokuluista lähetetään vastaanottokeskuksiin. Sairaanhoitokulut kustannetaan valtion varoista.

Turvapaikan hakijoista vain 500 – 1000 vuodessa saa myönteisen päätöksen, joko turvapaikan, oleskeluluvan suojelun perusteella tai tilapäisen oleskeluluvan. Jos hakija saa turvapaikan tai oleskeluluvan suojelun perusteella, hänelle osoitetaan kotikunta, jolloin kunta järjestää ja kustantaa jatkossa normaalit terveydenhuollon palvelut. Tilapäisen oleskeluluvan saajalla ei



ole kotikuntaa. Hän ei ole myöskään vastaanottokeskuksen kirjoissa. Tällaisen henkilön hoito jää terveydenhuollon yksikön maksettavaksi.

Turvapaikkahakemuksen käsittely kestää useita kuukausia, jopa vuoden. Nopeutettua käsittelyä, ns. Dublin-menettelyä käytetään, mikäli henkilö on saanut aiemmin kielteisen turvapaikkapäätöksen muusta EU-maasta, Norjasta tai Islannista. Tällöin yleensä kielteinen päätös tehdään muutamassa viikossa.

Infektioseulontasuosituksessa on otettu huomioon maahanmuuttajien statukseen liittyvä asema. Suositusten laadinnan tavoitteena on havaita hoidettavat infektioaudit. Akuutti, tarttuva tuberkuloosi pyritään diagnosoimaan ja hoitamaan mahdollisimman nopeasti. Alle seitsemänvuotiaat Mantoux-negatiiviset lapset saavat myös BCG-rokotuksen. Tautien seulonnassa otetaan huomioon lähtömaan tartuntatautien esiintyvyys. Jos lähtömaassa taudin esiintyvyys on vähintään kymmenkertainen Suomeen verrattuna, tautia seulotaan maahanmuuttajilta.

Riippuen lähtömaasta maahanmuuttajilta seulotaan tuberkuloosi, B-hepatiitti, kuppa, sekä HIV, sekä suolistolaiset tietyistä maista tulevilta alle 16-vuotiailta. Samalla arvioidaan rokotustarve. Tuberkuloosi seulotaan n. viikon kuluttua maahantulosta, ja todettu tauti hoidetaan. Muut tartuntataudit tutkitaan pakolaisilta kuukauden kuluttua Suomeen tulosta, turvapaikan hakijoilta kolmen kuukauden kuluttua.

Suosituksen laatimisen yhteydessä on pohdittu, onko oikein seuloa HIV-infektiota, jos turvapaikan hakija kuitenkin saa kielteisen päätöksen ja joutuu lähtemään maasta kotimaahansa, jossa HIV-infektion hoito ei ole samalla tasolla kuin Suomessa. Jos henkilö saa väliaikaisen oleskeluluvan, hänellä ei ole kotipaikkaoikeutta ja sen vuoksi hän on oikeutettu ainoastaan päivystysluonteisiin terveydenhoitopalveluihin. Katsotaanko, tai missä tilanteessa voidaan katsoa HIV:in hoito päivystysluonteiseksi tai välttämättömäksi hoidoksi? Onko eettisesti perusteltua siis ehdottaa HIV-testiä tilanteessa, jossa ei voida tarjota taudin hoitoa?

Toisaalta vuoden kestäväällä HIV:in lääkehoidolla voidaan potilaan veren auttajasolujen määrää nostaa ja virusten määrää vähentää merkittävästi. Tämä voi vaikuttaa merkittävästi potilaan terveyteen, sairastumisalttiuteen ja hyvinvointiin myös sen jälkeen, jos hän palaa kotimaahansa. Kehitysmaiden kolmesta miljoonasta HIV-tartunnan saaneista hoitoa tarvitsevista vain 30 % saa sairauteensa lääkitystä. Suomessa nykyisin käytössä olevalla lääkehoidolla HIV-positiivisen henkilön ennuste vastaa parantuneen syöpäpotilaan ennustetta. Yhdistelmähoiton hinta on n. 10 – 15 000 euroa vuodessa. Yhdistelmähoito maksaa 20 000 €/laatu-painotteista elinvuotta kohti (QALY), kun esimerkiksi rintasyövässä laatu-painotteinen elinvuosi maksaa 30 000 €/QALY. WHO suosittaa HIV-hoitoa aloitettavaksi aina, kun auttajasolujen määrä veressä laskee alle kahdensadan, 200-350 auttajasolumäärällä hoitoa harkitaan. Lääkityksen lopetus ei lisää hoitoresistenttien virusten esiintyvyyttä käytettävissä oleville lääkkeille.

Hepatiitti B:n hoito on kallista ja pitkäaikaista. Hoidon ansiosta henkilön riski sairastua maksasyöpään tai maksakirroosiin vähenee. Toisaalta sairastuneiden tunnistamisella pystytään myös tunnistamaan ja rokottamaan tartuntariskissä olevat. Hoito keskeytetään, mikäli henkilön turvapaikkahakemus hylätään. Onko tämä siis oikein?

Kupan esiintyvyydestä eri maissa ei ole juurikaan tietoa. Sen tähden on päätetty, että kuppaa seulotaan HIV- ja hepatiitti B-seulan yhteydessä. Seulonta löytää myös vanhat serologiset arvet, ja tämän vuoksi joudutaan positiivisen seulontavastauksen saaneista ottamaan lisätutkimuksia.

Seulonnalla etsitään tauteja oireettomilta henkilöiltä. Jos henkilöllä on sairauden oireita, sairaus hoidetaan normaalien hoitokäytäntöjen mukaisesti. Säännösten tulkinta on epäselvää tilanteissa, jossa henkilöllä on infektio muttei sairauden oireita (esim. HIV ja B-hepatiitti). Turvapaikan hakijoilla on oikeus välttämättömään ja päivystysluonteiseen hoitoon. Jos sairautta päätetään hoitaa, onko oireettoman henkilön lääkitys välttämätöntä hoitoa, tai väliaikaisen oleskeluluvan omaavan kohdalla päivystysluonteista hoitoa? Raskaana olevien naisten HIV-infektion hoito voidaan katsoa välttämättömäksi, koska hoidolla voidaan estää infektion tart-



tuminen sikiöön. Jos hoito aloitetaan, terveydenhuollon yksikkö joutuu sen maksamaan. Infektiolääkäreitä on moitittu aloitetuista hoidoista.

ETENE:n keskustelussa pohdittiin turvapaikan hakijoiden erikoista asemaa maassamme. Turvapaikkapäätökset eivät välttämättä peilaa reaalia maailmaa. Kielteisen päätöksen saanutta ei palautettane kotimaahan puoli vuotta kestävä tuberkuloosin hoidon ollessa kesken. Käännytyspäätöstä tuskin viivytetään HIV-hoidon vuoksi, sillä hoito jatkuu loppuiän. Väliaikaisen oleskeluluvan saaneiden tilanne on myös kestävä: oleskelulupa voidaan myöntää väliaikaisena vuodeksi kerrallaan enintään kolmeksi vuodeksi, jonka jälkeen pitää päättää siitä, myönnetäänkö oleskelulupa pysyvästi. Tänä aikana henkilöllä ei ole kotipaikkaoikeutta, eikä siis oikeutta palveluihin, joihin kunnan asukkaalla on oikeus. Terveydenhuollossa heillä on oikeus ainoastaan kiireelliseen sairaanhoitoon, ei ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon.

Suomen tartuntatautilain ja asiakasmaksulain mukaan Suomessa vakituisesti asuville henkilöille laissa mainittujen tautien hoito on maksutonta, myös HIV:in ja B-hepatiitin hoito. B-hepatiittiin tai HIV:iin sairastuneita ei voi hoitaa tahdosta riippumatta, kuten tartuntatautilain perusteella voitaisiin hoitaa tuberkuloosiin tai kuppaa sairastuneita. Käytännössä tartuntatauteja ei ole vuosiin hoidettu tahdosta riippumatta. B-hepatiittia, HIV:ia ja kuppaa seulotaan äitiysneuvolassa.

Kansainvälisesti käytännöt vaihtelevat. Esimerkiksi Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa huolehditaan, että seulonta toteutetaan ja hoito järjestetään myös silloin, kun henkilön laillinen status on epäselvä, koska tietoisuus tartunnasta muuttaa henkilön käyttäytymistä myös riskittömämpään suuntaan. Ruotsissa käytäntö on sama kuin Suomessa.

Mikä siis on välttämätöntä hoitoa: EU:n sosiaaliturvan koordinoitiasetuksen mukaan lääketieteellisesti välttämätön hoito on EU-kansalaisille annettava. Suomen lainsäädännössä ei ole määritelty, mikä hoito on välttämätöntä. Seulontasuositusta valmisteleva työryhmä toivookin ETENE:ltä kannanottoa siihen, miten tässä voidaan tulkita välttämätön ja kiireellinen hoito.

Puheenjohtaja kiitti asiantuntijoita arvokkaista tiedoista. Päätettiin palata asiaan seuraavassa ETENE:n kokouksessa.

11 TUKIJA

TUKIJA:n seminaari sairaanhoitopiirien eettisille toimikunnille pidettiin 14.10. Säätötalolla. Seminaari oli varsin antoisa. TUKIJA tapaa Lääketeollisuuden edustajia marraskuun kokouksensa yhteydessä.

12 Ilmoitusasiat

STM:n on lähettänyt ETENE:lle tiedoksi lausuntonsa Eduskunnan oikeusasiamiehelle liittyen vaikeavammaisten hoitoon ja oikeuteen elvytykseen. Lausunto löytyy Kimpasta.

Puheenjohtaja kertoi Kansainvälisen bioetiikan järjestön kongressista Pekingissä lokakuussa 2008. Kokoukseen osallistui paljon suomalaisia. Kokous oli hyödyllinen kansainvälisen tiedonvaihdon kannalta, mutta kokousjärjestelyt saivat suomalaisilta paljon kritiikkiä.

Pääsihteeri kertoi, että biopankkilakiluonnos on viimeistelyvaiheessa, ja mennee talven aikana eduskuntakäsittelyyn.

13 Muut asiat

Ei ollut.

Markku Lehto
ETENE:n puheenjohtaja

Ritva Halila
ETENE:n pääsihteeri, ylilääkäri

