

Miten käy

MAAN HILJAISTEN?

ETENE:n 10-vuotisseminaari
Helsinki, Appeanum-sali, 8. lokakuuta 2008

■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)

ISSN 1797-9889
ISBN 978-952-00-2728-5 (PDF)

Helsinki 2008

Johdanto

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) aloitti ensimmäisen toimikautensa 1.10.1998. Sen tehtävänä on tehdä aloitteita ja antaa lausuntoja ja suosituksia terveydenhuollon eettisistä kysymyksistä, toimia asiantuntija-apuna lainsäädäntöä kehitettäessä, kerätä ja välittää tietoa terveydenhuollon eettisistä kysymyksistä, seurata alan kehitystä, ja herättää ja ylläpitää keskustelua tältä alalta.

Neuvottelukunta on antanut lausuntoja, laatinut suosituksia ja julkaisuita terveystalve-lujen käyttäjien ja järjestäjien, terveydenhuollon ammattihenkilöiden, heidän kouluttajien, tutkijoiden ja muiden käyttöön. Kymmenvuotias ETENE halusi juhlaseminaarissaan keskustella siitä, kuinka maan hiljaisten ääntä kuullaan nykypäivän yhteiskunnassa. Seminaarin alustajien puheet koottiin nettijulkaisuksi kaikkien kiinnostuneiden käyttöön.

Asiasanat: arvot, etiikka, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, terveydenhuolto

ETENE 10-vuotisjuhlaseminaari

Miten käy maan hiljaisten?

Aika Keskiviikko 8.10.2008, klo 12.30-16.30

Paikka Arppeanum-sali, Snellmaninkatu, Helsinki

12.30 – 13.00 Kahvitarjoilu

13.00 – 13.15 Tilaisuuden avaus
ETENEn puheenjohtaja Markku Lehto

13.15 – 13.30 Kuuluuko maan hiljaisten ääni ministeriöön asti?
peruspalveluministeri Paula Risikko

13.30 – 14.00 Heikot ja hiljaiset terveydenhuollossa - toteutuuko ihmisarvo,
entä oikeudenmukaisuus?
Eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio

14.00 – 14.15 Tauko

14.15– 16.30 ”Kysyn vaan, minunko on vastuu?”
Puheenjohtajana Markku Lehto

Onko julkinen terveydenhuolto vähäväkisten asialla?
professori Juhani Lehto, Tampereen yliopisto

Miten kunta voi parantaa maan hiljaisten asemaa?
apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkonen, Helsinki

Mikä houkuttelee lääkäriä hiljaisten pariin?
LT, VTK Samuli Saarni, Helsingin yliopisto

Kuuluuko ihmisen ääni terveydenhuollossa?
professori Jaana Hallamaa, Helsingin yliopisto

Hippokrates ja maan hiljaiset
Arkkiatri Risto Pelkonen

Puheenjohtajan yhteenveto

Kymmenvuotias ETENE

Käytännön filosofian emeritus professori Juhani Pietarinen sanoo, muistellessaan opiskelunsa alkuaikojaa, että vähiten häntä filosofian aloista kiinnosti etiikka. Hän ei ollut yksin. Etiikka koettiin turhanaikaisena pohdiskeluna, kun piti päästä käsiksi yhteiskunnan rakenteisiin. Itse asiassa lääketiede ja terveydenhuolto herätti kiinnostuksen eettisiin kysymyksiin uudelleen eloon. Yhtäkkiä ei ollutkaan helppo vastata kysymykseen, kuinka pitkälle ja millä keinoilla pitäisi edetä sairauksien estämiseksi tai hoitamiseksi tai suvun jatkamiseksi. Ei ollut selvää vastausta siihen, milloin edistys muuttuu vaaralliseksi.

Eettisten kysymysten herääminen ja varsinkin vaikeus vastata niihin saivat siis vauhtia luonnontieteellisen tutkimuksen soveltamisrajojen pohdiskelusta. Kuinka pitkälle ihmiselle pitää antaa oikeuksia muokata luonnontapahtumia, miten voidaan varmistaa, ettei välineitä ja mahdollisuuksia käytetä väärin, millaiset koeasetelmat ovat sallittuja, mitä ihmisten tulee tietää hoitoon liittyvistä riskeistä.

Eettisen keskustelun tarve on käynyt ilmeiseksi myös sen takia, etteivät sukupolven takaiset rakenteelliset muutokset ole tuoneet mukanaan sellaista onnen tyyssijaa, kuin odotettiin. Tulonsiirto- ja palvelujärjestelmät ovat parantaneet elinoloja, mutta tätä kautta tulevan hyvinvoinnin rajat ovat myös käyneet ilmeisiksi. Ulkoisten puitteiden muuttaminen ei riitä, jos ihmisen mieli ei muutu. Taloustieteilijöiden on ollut kiusallista havaita, ettei ihmisen onnellisuus lisääntynyt, vaikka vauraus kasvaa. Itse asiassa jo Platon moitti aikansa valtiollisia johtajia siitä, että he ovat kiinnostuneita vain satamista, telakoista, tullimaksuista ja taloudellisesta hyvinvoinnista. Toimettomuuden, väärin elintapojen ja vastuun pakoilun seurauksena avataan vain kuten hän sanoi ”suuret määrät oikeussaleja ja lääkäreiden vastaanottohuoneita”. Lääkäreiden ja tuomareiden määrän kasvu kuvasi Platonin ajattelussa ihmisten ja yhteiskunnan pahoinvointia.

Monet aikamme ongelmista ovat vain puoleksi ongelmia. Ratkaisu kyllä on tiedossa, mutta on muita vielä tärkeämpiä arvoja ja tavoitteita, joita ratkaisu saattaisi uhata. Resurssien niukkuus kuuluu yleensä tähän ryhmään. Kysymys on siitä, mihin rahaa halutaan käyttää. Mutta on myös aitoja ongelmia, joista ei todellakaan tiedetä, miten niihin tehokkaimmin päästäisiin käsiksi. Lasten ja nuorten elämän suistuminen toivotulta polulta on tästä yksi esimerkki. Virkojen jakaminen uudelleen ei yksin tuo ratkaisua. On paljon mielipiteitä, vähemmän tietoa syistä ja vielä vähemmän varmuutta erilaisten keinojen vaikutuksesta.

Yhteiskunta on kuin suuri koelaboratorio, jossa kokeillaan koko ajan ihmisen kykyä selviytyä muuttuvasta fyysisestä, sosiaalisesta ja henkisestä kuormituksesta. Laboratorion heikkoutena on koeasetelmien epämääräisyys ja tutkimuksen huojuvuus. Samaan aikaan toteutuu lukemattomia muutoksia, ei ole koe- ja vertailuryhmiä, elämme kaikki muutosten pyörytyksessä, tutkimus kohdistuu rajallisiin kohteisiin ja antaa niistä aikaa ja paikkaan sidottuja vastauksia. Ja mikä tärkeintä: ihminen ei ole vain muutoksen objekti, vaan samalla sen subjekti.

Internet ei ole tullut markkinoille kuin lääke vuosien vaikuttavuustestausten ja ankaran lupamenettelyn jälkeen. Pikemminkin se tuli käyttöön vastoin alkuperäistä ajatusta, olihan

se suunniteltu armeijan tietojärjestelmäksi siltä varalta, ettei yhteyksiä muutoin kyetä pitämään yllä. Internet on tietysti vain tekninen väline, joka monipuolistaa ja nopeuttaa tiedon käsittelyä ja tiedon siirtoa. Sana ”vain” on kuitenkin harhaanjohtava. Yhtä hyvin voisimme sanoa kirjapainokeksinnöstä, että se oli vain tekniikkaa. Molemmat rikkovat vanhojen tiedonvälityslinnakkeiden monopoleja. Sananvapaus saa uuden foorumin.

Vapauteen liittyy vastuu. Kuka vastaa internetissä virtaavasta tiedosta. Terveydenhuollosta puhuttaessa, miten pitäisi suhtautua terveyttä koskevaan tietoon. Netti avaa aivan uuden tavan rakentaa samanmielisten yhteisöjä. Miten pitäisi seurata yhteisöjä, jotka liikkuvat henkisesti kyseenalaisella pohjalla.

Eettisen keskustelun tarve tuntuu kasvavan yhteiskunnassa yleisesti ja terveydenhuollossa erikseen. Se ei ole sama kuin moralisoiva keskustelu. Moralisointi on tuomitsevaa, eettinen keskustelu on etsivää. Siinä on suuri ero, vaikka kummatkin tähtäävät perimmiltään hyvään. Eettisiä kysymyksiä ei voi delegoida jollekin organisaatiolle ja sitten ikään kuin unohtaa ne sinne. Ne ovat kaikkien yhteisiä kysymyksiä, joihin jokainen voi etsiä omaa vastaustaan. Mutta toisaalta niitä ei voi jättää leijumaan sattumanvaraisen mielenkiinnon varaan. Niinpä monessa maassa on perustettu yksiköitä, joiden tulee päätoimisesti arvioida terveydenhuollon eettisiä kysymyksiä.

Suomessa perustettiin valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1.10.1998 eli jokseenkin tasan 10 vuotta sitten. Kuluneen kymmenen vuoden aikana ETENE on julkaissut 16 painotuotteessa näkemyksiään omaehtoisesti valituista kohteista, jotka ovat koskeneet monia aloja ehkäisevästä terveydenhuollosta ja vanhustenhuollosta monikulttuurisuuteen sekä elämän ja kuoleman peruskysymyksiin. Sen ohella se on antanut 36 lausuntoa pyydetyistä kohteista sekä järjestänyt keskustelutilaisuuksia, pitänyt yhteyttä kansallisiin ja kansainvälisiin järjestöihin ja huolehtinut eettisiä kysymyksiä koskevan tiedon levittämisestä järjestämällä taustatilaisuuksia ajankohtaisista aiheista.

ETENE:n yhteydessä on toiminut lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto, TUKIJA, seuraavan vuoden lokakuusta lähtien. Se on antanut lausuntoja tutkimussuunnitelmiin liittyvistä eettisistä kysymyksistä. Lausuntojen ohella se on pitänyt yhteyttä sairaanhoitopiirien eettisiin toimikuntiin ja pyrkinyt kannanotoillaan selkeyttämään tutkimuseettikan perusteita.

Osoituksena siitä, ettei maailma ole pysähtynyt on se, että parhaillaan selvitetään sosiaalihuollon eettisten kysymysten istuttamista neuvottelukunnan työhön sekä TUKIJA:n aseman itsenäistämistä. Muuttuvien organisaatioiden maailmassa tämä on pieni muutos, mutta siitä huolimatta on syytä huolehtia siitä, ettei muutoksen mukana hukata sitä osaa mistä mitä näiden vuosien aikana on syntynyt.

Toimintaan käytettävissä olevat voimavarat ovat olleet niukat. Neuvottelukunnalla ja tutkimusjaostolla on kummallakin päätoiminen sihteeri ja molemmilla organisaatioilla on yhteinen sihteeri. Tosiasia on, että näiden kolmen henkilön varassa toiminnan jatkuvuus lepää. Haluankin tässä kiittää pääsihteeri Ritva Halilaa ja ylitarkastaja Outi Konttista uranuurtajan työstä, joka on vaatinut sinnikästä, luovaa ja uhrautuvaa työtettä. Onneksi heillä on ollut erinomaisena apuna terveydenhuoltoa kenttää tunteva henkilö, osastosihteeri Nina Lindqvist. Kiitos teille kaikille kolmelle erinomaisesta työstänne eettisten pyrkimysten parissa.

Kun palkattua työvoimaa ei ole ollut enempää saatavilla, neuvottelukunnan ja jaoston jäsenille on asetettu poikkeuksellisen suuria vaatimuksia. Ei vain osaamisvaatimuksia, vaan myös työskentelyvaatimuksia. Minulla on ollut mahdollisuus seurata sitä vajaan

parin vuoden ajan ja olen ollut hämmästynyt siitä vapaaehtoispanoksesta, joka on ollut valtakunnan käytössä näinä vuosina. Niin on varmasti ollut ennenkin. Nöyrä kiitos kaikille nykyisille ja entisille puheenjohtajille ja jäsenille.

Arvelimme, että vähäisistä resursseistamme huolimatta ja oikeastaan sen takia, on eettisiä kysymyksiä pohdittava suuremmalla joukolla nyt kun neuvottelukunta täyttää pyöreitä vuosia. Aihepiiri, johon iltapäivän aikana keskitymme, ei koskettele niin sanotun sankarilääketieteen uusia avauksia, vaan erittäin arkisen terveydenhuollon peruskysymystä, kuuluuko maan hiljaisten ääni, kuuleeko sitä terveydenhuollon henkilöstö, kunnan johto ja lainlaatija. Mistä johtuu, että tasa-arvon uljas tavoite, jota on korostettu vuosikymmenestä toiseen, tuntuu vain etääntyvän.

Sosiaalinen asema määrittelee elämän pituuden. Terveydenhuolto voi puolustautua sanomalla, että erot johtuvat elämäntavoista ja niihin pitäisi puuttua keinoilla, jotka eivät ole terveydenhuollon hallinnassa. Monet sanovat, että terveydenhuollon puolella on kyllä kannettu asiasta huolta, mutta muut ovat olleet kovakorvaisia. Se on totta, mutta ei kerro koko totuutta. Terveydenhuollon sisällä näyttää käyvän niin, ettei työtä kansan parissa arvosteta ja hoitokin riippuu hoidettavan asemasta ja kyvystä huolehtia eduistaan.

Olen varma, että monet terveydenhuollon johdossa ja kentällä kokevat tällaiset väitteet kiusallisiksi, ehkä provosoiviksi ja kenties tekopyhiksi. He tekevät omasta mielestään vilpittömästi työtä oikeudenmukaisuuden toteuttamiseksi. Kun tutkimustulokset antavat viitteitä eriarvoisesta kohtelusta, ensin ne kiistetään ja sitten ne koetaan hurskasteluksi, joka tunkee reaali maailmaan mahdottomia ihanteita. Tavoitteet ovat tavoitteita, mutta niitä ei pidä ottaa kirjaimellisesti.

Uskon kuitenkin, että kun tavoitteita on kirjoitettu, niiden on haluttu myös toteutuvan. Suomalaiseen yhteiskuntapolitiikkaan ei kuulu sellainen kyynisyys, jossa ohjelmapaperit tehtäisiin tietoinen petollisuus mielessä. Mutta tavoitteiden saavuttamatta jäämisestä ei pidä tehdä syyllisten etsimisprojektia. Nyt on kysyttävä, onko tehtävä mahdoton, onko ongelman vaikeus kenties yleisesti aliarvioitu vai onko muutostahto murenemassa. Kun ”terveyttä kaikille” julistettiin neljännesvuosisataa sitten, elettiin erilaisessa kansankodissa kuin tänään. Maailma on nyt monella tavalla parempi paikka kuin silloin ajankohtaisista talousuutisista huolimatta. Mutta jotain on mennyt toisin kuin kuviteltiin ja toivottiin.

Kaikkien muutosten kannoilla kulkee akanvirtoja, vastavoimia ja liitännäisongelmia. Ei ole itsestään selvää, mitä merkitsee se, että valtion rooli on muuttunut, kansainvälisyys voimistunut, markkinamekanismin ote vahvistunut ja työtehtävien arvostukset ovat muuttuneet. Olisi suorastaan outoa ellei myös terveydenhuollon eetos olisi muuttunut. Niinpä haluamme kysyä onko ihmisläheinen toiminta menettänyt arvoaan, onko arvokasta edetä vain kapean alan asiantuntijana, tutkijan uralla ja kansainvälisillä kentillä. Kansalaisten arvostuksissa näin ei gallupien mukaan ole käynyt, mutta entä ammattilaisten maailmassa.

Jos työtä perustehtävissä ei arvosteta, onko kysymys siitä, että vastuu on muodostumassa kohtuuttomaksi? Onko lääkäri ja muu henkilöstö puristumassa ahdinkoon asti potilaan vaatimusten, valvonnan, valitusten ja jatkuvasti kasvavan tietomäärän ja hoitovaihtoehtojen paineessa. Huolestuttavan suuri osa lääkäreistä kysyy oman elämänsä oikeutuksen perään. Miten ylikuormittunut henkilöstö kuuntelee potilasta, jonka ilmaisutaito on vajavainen, vaivat moninaisia ja joiden arkuus oman asian esittelijänä on silmiinpistävä.

Näistä asioista on tarkoitus keskustella. Kun kaikessa pitää olla tehokas, on oikeutettua kysyä, mikä on tälle seminaarille asetettu tulostavoite? Tavoitteena on herättää kuulijoiden aivoissa liikettä. Tässä tapauksessa sellaista liikettä, joka synnyttää uusia ideoita, jotka

toteutuessaan auttavat meitä kuulemaan maan hiljaisia ja puuttumaan tehokkaammin heidän ongelmiinsa. Olen iloinen siitä, että olemme saaneet paikalle ministerin ja joukon muita ihmisiä, joilla on mahdollisuus vaikuttaa ajattelutapoihin ja jotka sen lisäksi ovat erinomaisia alustajia. Rohkenen uskoa että he panevat itsensä likoon ja että saamme kuulla teräviä näkemyksiä, joiden kirkkautta korostaa niiden erilaisuus. Toivon, että onnistumme kylvämään itse kunkin mieleen siemeniä, joista versoo uusi ja – ei uljaampi – vaan kuuntelevampi terveydenhuolto.

Kuuluuko maan hiljaisten ääni ministeriöön asti?

Olemme tänään tulleet juhlimaan kymmenen vuotta täyttävää terveydenhuollon eettistä neuvottelukuntaa. Kymmenen vuotta sitten, vuonna 1998, todettiin, että Suomesta puuttuu tällainen elin, joka käsittelisi terveydenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta ja voisi antaa niistä suosituksia.

Neuvottelukunnan tehtävänä olisi myös kerätä tietoa eettisistä kysymyksistä, tiedottaa niistä yleisölle sekä herättää eettisiä kysymyksiä koskevaa yhteiskunnallista keskustelua. Neuvottelukunta toimisi päätöksenteon apuna terveydenhuoltoa ja sitä koskevaa lainsäädäntöä kehitettäessä. Lisäksi neuvottelukunnan tehtäväksi nähtiin tarpeellisena seurata terveydenhuollon ja siihen liittyvän teknologian kehitystä eettisestä näkökulmasta samoin kuin suorittaa muut sosiaali- ja terveysministeriön sille määräämät terveydenhuollon eettisiä kysymyksiä koskevat tehtävät. Säännös lisättiin viisi vuotta aikaisemmin säädettyyn lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista.

Tänä päivänä on yhä ajankohtaisempi kysymys, kuuluuko maan hiljaisten ääni ministeriöön asti. Ministeriöön tulee päivittäin lukuisia yhteydenottoja - soittoja ja kirjeitä kansalaisilta, jotka haluavat tuoda esille sosiaali- ja terveyspalveluissa kohtaamistaan vaikeuksista, haluavat kertoa vaikeasta elämäntilanteestaan ja tuoda esille, etteivät ole saaneet palveluja riittävästi tai laadukkaasti. Osa näistä yhteydenottajista on toisen henkilön asialla, henkilön, joka itse ei ole joko rohjennut tai omasta esim. voinnistaan johtuen voinut viedä asiaansa eteenpäin. Lisäksi monet haluavat tuoda esille näkökohtia, miten palveluja tai sosiaaliturvaa tulisi kehittää, jotta ne paremmin palvelisivat kansalaisia. Monen kansalaisen ääni kuuluu ministeriöön asti, mutta voidaanko sanoa, että tässä kuuluisi maan hiljaisten ääni. Varmuudella voidaan vain ehkä sanoa, että toisen puolesta yhteydenottajat ovat lähinnä niitä, jotka tuovat maan hiljaisten ääntä ministeriöön.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen valtakunnallinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta

Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädännön valmistelu, palvelujen yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Siksi on tärkeää kysyä, miten maan hiljaisten ääni kuuluu ministeriöön.

Läänin alueella tätä kuntien järjestämistehtävänä olevien palvelujen valvontaa ja ohjausta tekevät lääninhallitukset lukuisine virkamiehineen. Läänit ottavat vastaan sosiaali- ja terveyspalveluja koskevia kansalaisten tekemiä kanteluita ja käsittelevät niitä. Muun muassa kanteluissa esille tulleiden asioiden perusteella läänit ohjaavat paikallisia kuntia ja toimijoita palvelujen järjestämiseen liittyvissä asioissa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvelvollisuus on kunnilla

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu Suomessa on kunnilla. Keskeisimmät palvelujen järjestämistä ohjaavat lait ovat kansanterveyslaki ja sosiaalihuoltolaki sekä

kumpaankin toimialaan kuuluvat erityislait. Palvelut on tarkoitettu kaikille kansalaisille tarpeesta, ei varallisuudesta riippuen. Osa palveluista on ilmaisia, osasta palveluja peritään kiinteä maksu ja osan palveluista asiakkaalta perittävä maksu määräytyy palveluja käyttävän maksukyvyn mukaan. Tuloton tai varaton voi kiinteämaksuisen tai maksukyvyn mukaan määräytyneen maksun saada hakemuksensa ja harkinnan mukaan maksutta.

Palveluja tarvitsevien kunnan asukkaiden tai kunnassa asuvien kannalta on tärkeää, mitä palveluja on tarjolla, onko niitä tarpeisiin nähden riittävästi saatavilla, miten niihin voi hakeutua, onko hänellä niistä tietoa, miten palvelut ovat saavutettavissa ja ovatko palvelut laadukkaita, voiko niihin luottaa. Lisäksi on hyvin tärkeää, että miten palvelun hakija tai käyttäjä, potilas tai sosiaalihuollon asiakas, kokee tulleen työntekijän taholta kohdelluksi ja tuleeko hän kuulluksi asiassaan. Jos he ovat tulleet kuulluksi ja autetuksi, asia ja tilanne heidän kohdallaan on tarpeen- ja tarkoituksenmukaisesti hoidettu.

Palvelujen saamisen kannalta on tärkeää myös palvelujen saantiaika. Terveystieteellisesti hoitoon pääsyn turvaamista koskevat kansanterveyslain (66/1972) ja erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) muutokset tulivat voimaan maaliskuun alussa 2005. Säännösten mukaan terveyskeskukseen pitää arkipäivisin virka-aikana saada välitön yhteys ja terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä kiireettömän hoidon tarpeen arviointi kolmessa arkipäivässä yhteydenotosta.

Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähteen saapumisesta terveydenhuollon toimintayksikköön. Lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon on päästävä kohtuullisessa ajassa, perusterveydenhuollossa viimeistään kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun erikoissairaanhoidon on päästävä viimeistään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Kunnan on järjestettävä potilaan tarvitsema palvelu vaikka ostamalla toiselta kunnalta tai yksityiseltä palvelun tuottajalta, jos tarvittavaa hoitoa ei omassa kunnassa ole joko järjestää tai odotusaika on liian pitkä.

Vastaavia määräaikaissäännöksiä on sosiaalihuollon lainsäädännössä sosiaalihuoltolaissa ja vuoden 2008 alusta voimaan tulleessa lastensuojelulaissa (417/2007).

Vanhusten sosiaalipalvelujen arviointiin pääsyä koskeva sosiaalihuoltolain muutos (125/2006) tuli voimaan maaliskuun alussa 2006. Sen mukaan kiireellisissä tapauksissa asiakkaiden sosiaalipalvelujen tarve on arvioitava viipymättä. Muissa kuin kiireellisissä tapauksissa kunta on velvollinen järjestämään 80 vuotta täyttäneelle tai kansaneläkelain 30 a §:n 1 momentin 1 kohdan mukaista eläkkeensaajan hoitotukea saavalle henkilölle pääsyn sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä kun hän taikka hänen laillinen edustajansa tai omaisensa taikka muu henkilö tai viranomainen on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan kunnan viranomaiseen palvelujen saamiseksi. Nykyinen hallitus on antanut tähän liittyen hallituksen esityksen eduskunnalle, jossa esitetään ikärajaa muutettavaksi 75 ikävuoteen ja muutos esitetään tulevan voimaan ensi vuoden alusta.

Uuden lastensuojelulain 26 §:n 2 momentin mukaan lastensuojeluasian vireille tulon jälkeen sosiaalityöntekijän tai muun lastensuojelun työntekijän on arvioitava välittömästi lapsen mahdollinen kiireellinen lastensuojelun tarve. Lisäksi sosiaalityöntekijän on viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä ilmoituksen tai vastaavan yhteydenoton vastaanottamisesta ratkaistava, onko sen johdosta ryhdyttävä lastensuojelutarpeen selvityksen tekemiseen.

Lastensuojelutarpeen selvitys on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä ja sen on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa lastensuojeluasian vireille tulosta.

Lisäksi vuoden 2008 alusta tuli voimaan määräajat toimeentulotukihakemuksen käsittelylle sekä sosiaalityöntekijän tai sosiaaliohjaajan kanssa henkilökohtaiseen keskusteluun pääsemiselle, silloin kun toimeentulotukiasiakas on sitä pyytänyt.

Tilanteissa, joissa kunnan laiminlyönti on valtakunnan tasolla merkittävää eikä kunta ole ryhtynyt toimenpiteisiin tilanteen korjaamiseksi, lääninhallitus voi, asianomaista ministeriötä kuultuaan, sakon uhalla määrätä kunnan noudattamaan laissa säädettyjä velvoitteita kuntien valtionosuuslain (1147/1996) 24 §:n nojalla.

Asiakkaan ja potilaan asema

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon on säädetty asiakkaan ja potilaan asemaa ja oikeuksia koskevat lait. Noin 15 vuotta sitten, maaliskuun alussa vuonna 1993 tuli voimaan potilaan asemaa ja oikeuksia käsittelevä ns. potilaslaki. Vastaavansisältöinen laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan vuoden 2001 alusta lukien.

Molemmissa laeissa yhteistä on, että potilaalla tai sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus laadultaan hyviin terveyden- ja sairaanhoitoon tai sosiaalihuoltoon. Palvelu on järjestettävä ja potilasta tai asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Asiakkaan tai potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossa, palvelujen järjestämisessä ja hänen kohtelussaan huomioon.

Sosiaalihuollon huomioon otettavia asioita edellisten lisäksi ovat myös asiakkaan toivomukset, mielipiteet ja etu. Sosiaalihuollon asiakkaalla on lisäksi oikeus saada selvitys toimenpiteiden vaihtoehdoista, joten sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. Tämä selvitys on annettava niin, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen.

Sosiaalihuollon asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai vastaava muu suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta. Asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai muun laillisen edustajansa tulee olla suunnitelman laadinnassa mukana. Lisäksi sosiaalihuollon asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä muihin hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviin toimenpiteisiin.

Molemmissa laeissa on myös säädetty potilaan tai sosiaalihuollon asiakkaan tueksi asiamies - potilasasiamies ja sosiaaliasiamies, jollainen tulee olla joka kunnassa nimettynä. Asiamies voi olla yhteinen, sen toiminta-alue voi olla myös yhtä kuntaa laajempi alue. Asiamiehen tehtävänä on neuvoa potilaita tai sosiaalihuollon asiakkaita potilas- tai sosiaalihuollon asiakaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, avustaa potilasta tai sosiaalihuollon asiakasta muistutuksen tekemisessä, tiedottaa potilaan tai sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista sekä toimia muutoinkin näiden oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi.

Sosiaaliasiamiehen on lisäksi seurattava asiakkaiden oikeuksien ja aseman kehitystä kunnassa ja antaa siitä vuosittain selvitys kunnanhallitukselle. Tässä selvityksessä tulisi paikallistasolla tulla kunnan päättävien elinten tietoon myös kunnassa asuvien hiljaisten kansalaisten ääntä.

Ennalta ehkäisy, hiljaisten äänen kuuluville tulo paikallistasolla

Kansanterveyslain mukaan kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä terveys- ja sairaanhoi-topalvelujen järjestämisen lisäksi kunnan tulee mm. seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin, huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa sekä toteuttaa mielenterveystyötä järjestämällä kunnan asukkaiden tarvitsema sellainen ehkäisevä mielenterveystyö ja sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa.

Vastaavalla tavalla sosiaalihuoltolain ja -asetuksen mukaan sosiaalisten olojen kehittämiseksi sekä sosiaalisten epäkohtien ehkäisemiseksi kunnan sosiaalilautakunnan on perehdyttävä elinolosuhteisiin kunnassa ja seurattava niiden kehitystä. Sosiaalilautakunnan on siten toimittava, että sosiaaliset näkökohdat otetaan huomioon kunnan eri toiminnoissa, kuten terveydenhuollossa, koulutoimessa, maankäytössä ja rakentamisessa, asumisen järjestämisessä, työllistämässä, kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnoissa sekä liikenne- ja muiden palvelujen järjestämisessä. Tässä tehtävässä sosiaalilautakunnan on toimittava yhteistyössä muiden viranomaisten, yhteisöjen ja asukkaiden kanssa.

Hiljaisten äänen kuuluminen valtakunnan tasolla

Valtakunnan tasolla hiljaisten kansalaisten äänen kuuluville tuloon osallistuvat nyt kymmenvuotisjuhliiaan viettävä Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta sekä mm. syyskuun alusta vuonna 2005 toimintansa aloittanut lapsiasiavaltuutettu sekä vuonna 2007 asetettu lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta.

Tässä hiljaisten äänen kuuluville tuomisen tehtävässä hyvin merkittäviä ovat jo aiemmin mainitut läänit sekä eduskunnan alaisena toimiva Eduskunnan oikeusasiamies. Oikeusasiamiehen tehtävänä on valvoa, että viranomaiset ja virkamiehet noudattavat lakia ja täyttävät velvollisuutensa. Lisäksi hänen valvontaansa kuuluvat muutkin, jotka hoitavat julkista tehtävää. Oikeusasiamies seuraa erityisesti, että hyvä hallinto sekä perus- ja ihmisoikeudet toteutuvat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon eettiset kysymykset liittyvät kansalaisten perusoikeuksien toteutumiseen, yhdenvertaisuuteen, oikeudenmukaisuuteen ja ihmisarvoon. Lisäksi ne liittyvät yhteisen vastuun jakautumiseen päihde- ja huume-kysymyksiin liittyvissä asioissa sekä lastensuojelutoimenpiteitä tarvitsevien lasten, esim. muistisairauksia sairastavien vanhusten, vammaisten, asunnottomien, maahanmuuttajaryhmien sekä muiden vähemmistöjen asemaan, oikeuksiin, hoitoon ja huolenpitoon. Uuden teknologian mahdollistamien teknisten apuvälineiden ja tietotekniikan lisääntyvä käyttö hoivan järjestämisen käytännöissä ei ole eettisesti ongelmatonta. Kaikkien osapuolten ja ennen kaikkea palveluja saavien asiakkaiden etu on, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö on saumatonta myös näissä kysymyksissä.

Niinpä ministeriössä on tänä vuonna käynnistetty valmistelu, jonka tuloksena ETENE:n toiminta laajenee sosiaali- ja terveydenhuollon eettiseksi neuvottelukunnaksi. Tähän on selvää tarvetta, sillä terveydenhuollon hankalimmat kysymykset ovat yhteisiä sosiaalihuollon vastuulla olevien kysymysten kanssa. Tällaisia kysymyksiä on erityisesti vanhustenhuollossa, mielenterveyssektorilla ja vammaishuollossa. Yhteisiä alueita ja kysymyksiä ovat lisäksi mm. lapsiin liittyvät hyvinvointi-, pahoinvointi- ja kaltoinkohteluasiat.

Yhä tärkeämmäksi on noussut, että näillä alueilla sosiaali- ja terveydenhuollon tulee toimia yhteistyössä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tähän asti erikseen käydyt eettiset keskustelut voivat selvästi tukea toisiaan. Yhteisessä sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa saadaan myös alan asiantuntijat kummankin sektorin käyttöön. Neuvottelukuntaan on tarkoitus perustaa kaksi jaostoa, joista toisessa käsitellään terveydenhuollon erityisiä kysymyksiä ja toisessa sosiaalihuollon erityisiä kysymyksiä.

Hiljaisten äänen tuomiseen valtakunnan tasolle osallistuvat merkittävällä tavalla monet kansalaisjärjestöt ja kirkko seurakuntien välittämänä. Kaikkien edellä mainittujen kuten kaikkien meidän yksittäisinä kansalaisina tehtävänä on omalta osaltaan olla mukana kuuntelemassa maan hiljaisten ääntä ja sen äänen välittämisessä ministeriöön otettavaksi huomioon lainvalmistelussa ja sosiaali- ja terveystalvelujen yleisessä suunnittelussa ja ohjauksessa.

Tänään juhliva terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on kymmenen vuoden ajan osallistunut merkittävällä työpanoksella myös maan hiljaisten äänen vastaanottamisessa ja sen välittämisessä ministeriössä.

Vielä kerran paljon onnea juhlivalle neuvottelukunnalle

Heikot ja hiljaiset terveydenhuollossa – toteutuuko ihmisarvo, entä oikeudenmukaisuus?

Arvoisat kuulijat,

Terveydenhuollon tavoitteena on tuottaa potilaalle hyvää, edistää terveyttä, parantaa sairautta, lievittää kärsimyksiä. Miten tämä terveydenhuollossa parhaalla mahdollisella tavalla toteutuu, siitä lienee terveydenhuollon eettisissä pohdinnoissa on kyse. Yhteiskunnan ja terveydenhuollon kehitys tuo kaiken aikaa mukanaan uusia kysymyksiä, joihin on pyrittävä löytämään ratkaisuja myös näiden pohdintojen avulla.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on osoittautunut näissä keskusteluissa tärkeäksi elimeksi. Se on kymmenen toimintavuotensa aikana ottanut kantaa lausunnoin, julkaisuin, aloittein ja keskusteluin moniin tämän päivän polttaviin eettisiin kysymyksiin: vaikeavammaisten lasten elvytykseen, poikien ympärileikkaukseen, arjen medikalisoitumiseen, hedelmöityshoitoihin, geeniseulontoihin, oikeudenmukaisuuteen terveydenhuollossa vain eräitä esimerkkejä mainitakseni. Sen toiminta on mielestäni osoittanut, miten tarpeellista ja arvokasta tämän tyyppinen, laaja-alaiseen asiantuntemukseen ja ymmärrykseen perustuva vaikeiden asioiden pohdinta on tämän päivän monimutkaisessa ja yksilökeskeisessä maailmassa ja asioiden kiireisessä valmistelussa ja päätöksenteossa.

Myös tämän 10-vuotisjuhlaseminaarin aihe on tärkeä ja ajankohtainen: Heikot ja hiljaiset terveydenhuollossa. Tiedämme, että usein toisten jalkoihin jää niiden etu, jotka eivät huuda turuilla ja toreilla. Julkisuus vie kyllä merkittävällä tavalla asioita eteenpäin. Sitä osaavat monet käyttää hyväkseen, monet myös yhteiseksi hyväksi, kaikki eivät. Heistä ja heidän ihmisarvostaan terveydenhuollossa on tärkeitä keskustella.

Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa on vaativa ja vaikea kysymys. Perusoikeusnäkökulmasta katsottuna oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa on ennen kaikkea yhdenvertaisuutta: yhdenvertaisuutta palvelujen saannissa ja hoitopääsyssä, yhdenvertaisuutta yksittäisissä hoitoratkaisuissa ja hoidon laadussa ja erityisesti yhdenvertaisuuden toteutumista silloin, kun kyseessä ovat ns. haavoittuviin ryhmiin kuuluvat henkilöt: vanhuksat, lapset, vammaiset, sairaat ja syrjäytyneet.

Lopulta kyse on mielestäni pelkistetysti siitä, onko jokainen ihmiselämä yhtä arvokas. Onko vanhuksen elämä yhtä arvokas kuin nuoren? Onko vaikeasti vammaisen elämä yhtä arvokas kuin lapsiperheen äidin? Ovatko kuolemansairaana ihmisen päivät arvokkaita? Jos kaikkien elämä ei ole yhtä arvokas, minkä opin ja aatesuunnan mukaan ihmiselämän arvo määrätään?

Historian hirveiden kokemusten opettamina me ajattelempa, että jokainen ihmiselämä on ainutlaatuinen ja yhtä arvokas ja että tämä tulee turvata lain säännöksin ja kansainvälisin ihmisoikeussopimuksin. Tälle ajattelulle perustuvat myös ne kansainväliset ihmisoikeussopimukset, joihin Suomi on sitoutunut.

Myös oma perustuslakimme rakentuu ihmisarvon kunnioittamiselle, oikeudenmukaisuudelle sekä ihmisten oikeuksien ja vapauksien turvaamiselle.

Ihmisten yhdenvertainen kohtelu ja ihmisarvon loukkaamattomuus ovat oikeusjärjestelmämme kulmakiviä. Perustuslakimme velvoittaa kaikkien ihmisten yhdenvertaiseen kohteluun mm. alkuperästä, iästä, terveydentilasta, vammaisuudesta tms. riippumatta. Terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole säännöksiä, jotka oikeuttaisivat poikkeamaan näistä periaatteista. Perustuslaki oikeuttaa myös fyysiseen vapauteen ja tahdon vapauteen. Tahdonvapaus, itsemääräämisoikeus, on terveydenhuollossa keskeinen elementti.

Julkinen valta on puolestaan velvoitettu, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, turvaamaan jokaiselle riittävät terveyspalvelut ja edistämään väestön terveyttä. Myös tässä kohden pätevät yhdenvertaisuuden ja syrjimättömyyden vaatimukset. Julkinen valta – niin valtio kuin kunnatkin – ovat myös velvoitetut tosiasiallisesti ja aktiivisin toimin toteuttamaan perusoikeudet.

Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo terveydenhuollossa on siis paitsi eettinen kysymys, myös mitä suurimmassa määrin oikeudellinen kysymys.

Viime vuosikymmenen aikana terveydenhuoltoa on ohjattu informaatio-ohjauksella. Terveydenhuollon lainsäädäntöhän on pääosin ns. puitelainsäädäntöä, joka on säädetty aikana, jolloin toimintaa ohjattiin lainsäädännön ohella suunnittelujärjestelmillä, joiden puitteissa määrättiin valtionosuuden maksamisesta. Tämä järjestelmä purettiin vuonna 1993, kun uusi valtionosuusjärjestelmä tuli voimaan. Vuonna 1995 toteutettu perusoikeusuudistus on merkinnyt aikaisempaa paljon voimakkaamman yksilökeskeisen näkökulman tuomista myös terveydenhuollon lainsäädäntöön.

Voidaankin kysyä, onko vanha puitelainsäädäntö enää sopusoinnussa perusoikeuslähtöisen yksilön oikeuksia korostavan näkökulman kanssa ja ovatko kuntakoh- taiiset erot palveluiden tarjonnassa enää perusteltavissa? Se kysymys onkin asetettu, edellyttääkö perusoikeuksien toteuttaminen ja palvelujen yhdenvertaisuuden turvaaminen säädösohjausten vahvistamista. Oma vastaukseni on myönteinen. Perusoikeuksien yhdenvertainen toteuttaminen edellyttää säädösohjausten vahvistamista. Perustuslain perusoikeuksien turvaamisvelvoite edellyttää sitä.

Tiedän hyvin, miten ongelmalliseksi terveydenhuollossa koetaan säädöstulva. Myös Etene pohti joku vuosi sitten lausunnossaan sosiaali- ja terveysministeriön ohjeista päihytyneen henkilön akuuttihoidosta, mikä on runsaan pykäläviidakon todellinen vaikutus yhteiskunnassa. Sen mukaan maassamme valmistuu paljon säännöksiä, jotka pidemminkin vaikeuttavat toimintaa arkipäivässä kuin yhden-mukaistavat tai helpottavat sitä. Pykäläviidakko ja pelko virheistä ja rangaistuksista voi johtaa hoidon laadun heikentymiseen. Se ehdottikin laadittavaksi opasta, jossa korostetaan hyvän hoidon eettisiä periaatteita ja painotetaan hyvää ammattitaitoa sekä terveen järjen käyttöä päihytyneen akuuttihoidossa.

On varmasti tarpeen pohtia ei ainoastaan informaatio-ohjauksen vaan myös säädöstulvan vaikutuksia. Kuitenkin perusoikeuksien turvaaminen edellyttää, että esim. oikeudesta hoitoon on säädetty. Olen monissa yhteyksissä ja kannanotoissa tuonut esille käsitykseni, että määrittely laissa siitä, missä laajuudessa ja minkä tasoisina terveyspalvelut tulee toteuttaa, on omiaan turvaamaan ihmisten oikeudet riittäviin terveyspalveluihin yhdenvertaisesti niin alueellisesti kuin sairauskohtaisesti.

Oikeuksien aikaisempaa täsmällisempää määrittelyä onkin toteutettu viime vuonna mm. hoitotakuuta koskevin kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muutoksin.

Lainsäädäntöön on kirjattu kiireettömään hoitoon pääsyn aikarajat, niiden ylittymisestä syntyvä velvoite hankkia potilaalle hoito muualta asiakasmaksun muuttumatta sekä se, että hoitoa annetaan yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten perusteiden mukaisesti. Sääntelyn puutteena voi mielestäni pitää, että sitä ei säännellä, kuinka kauan hoidon tarpeen arviointi saa kestää erikoissairaanhoidossa. Hoitotakuuta koskevat lainmuutokset ovat osaltaan täsmentäneet kunnille ja kuntayhtymille lakisääteisesti kuuluvaa terveystalvelujen järjestämisvelvollisuutta ja toteuttaneet siten julkiselle vallalle perustuslain mukaan kuuluvia velvoitteita.

Tiedämme, että hoitotakuun toteuttamisella on ollut merkitystä hoidon saatavuudelle – kaikkine sen toteutumisen puutteineen ja epäonnistumisineenkin. Otan esimerkiksi vanhukset, joista monet ovat juuri niitä heikkoja ja hiljaisia, joista tänään keskustelemme. Ennen hoitotakuun mukanaan tuomaa täsmennystä hoitoon pääsystä monet heistä odottivat vuosia lonkka- ja polvileikkauksia puhumattakaan tarvitsemistaan kuulokojeista ja -tutkimuksista. Luonnollisesti jonoissa olivat ne vanhukset, jotka eivät voineet ostaa näitä palveluja yksityisiltä. Kun tiedämme, miten merkityksellisiä asioita liikkuminen ja kuulo ovat vanhuksille, joiden elämänpiiri muutoinkin on kaventunut, on selvää, että näillä hoidoilla on ollut heidän elämänlaadulleen aivan erityisen suuri merkitys.

Otan myös toisen esimerkin lainsäädännöstä, jolla on pyritty vaikuttamaan terveydenhuollossa perusoikeuksia vahvistaen. Se koskee itsemääräämisoikeutta ja kohdistuu usein sairaisiin ja syrjäytyneisiin.

Perusoikeusajattelumme mukaan ihmisten vapautta ja koskemattomuutta voidaan rajoittaa vain lain säännöksin, joiden tulee olla tarkat ja täsmälliset sekä rajoitusten edellytysten että menettelyn suhteen. Siitä syystä ei ole mahdollista hoitaa potilaita heidän tahdostaan riippumatta muutoin kuin laissa erikseen säädetyillä edellytyksillä ja menettelytavoilla. Myöskään tahdosta riippumattomassa hoidossa potilaan itsemääräämisoikeuteen ei voida puuttua muulloin kuin laissa tarkoin säädetyillä edellytyksillä.

Nämäkin säännökset ja rajoitusten edellyttämät toimet koetaan monialla kovin hankaliksi. Ja totta on, että helpoiksi itsemääräämisoikeuden rajoitusten lainmukainen toteuttaminen ei ole osoittautunut psykiatrisessa hoidossa. Mutta hankaluus ei ole peruste olla kunnioittamatta myös psyykkisesti sairaan ihmisen koskemattomuutta, vapautta ja yksityiselämää. Muistan mielisairaaloiden eristämiskäytännöt joidenkin aikojen takaa: Alastomia ihmisiä eristämishuoneessa, ihmisiä vuorokausikaupalla lepositeissä. Uskon, että yksinomaan eettisin periaattein nämä hoitokäytännöt eivät olisi koskaan muuttuneet. Aivan riittävän vaikeata muutos on ollut lain velvoittavin säännöksin.

Entä itsemääräämisoikeuden rajoittaminen somaattisen hoidon yhteydessä. Terveydenhuollossa tilanteet, joissa rauhaton tai väkivaltainen, usein päihtynyt potilas aiheuttaa häiriötä terveyskeskuspäivystyksessä ja muissa terveydenhuollon yksiköissä, näyttävät julkisuudessa esitettyjen tietojen mukaan olevan yleisiä. Tämä on tullut esille myös kanteissa. Samoin on voitu todeta, että somaattista hoitoa antavissa terveydenhuollon yksiköissä henkilökunta on turvautunut menettelyihin, joihin sillä ei ole lakiin perustuvaa oikeutta.

Eräässä tällaisessa kanteluasiassa antamassaan lausunnossa sosiaali- ja terveystoimisteriö totesi, että lainsäädäntöä on tarpeen kehittää mutta sen ohella on syytä arvioida ja kehittää terveydenhuollon toimintatapoja sekä lisätä koulutusta, ohjeistusta ja valvontaa. Aikatauluun se ei tuolloin ottanut kantaa vaan totesi sen valmistuvan ministeriön lainsäädäntösuunnitelman 2007 – 2010 valmistelun yhteydessä.

Kun tiedämme, miten suunnattoman akuutti ja polttava tämä ongelma on niin ter-

veyskeskuksissa kuin erikoissairaanhoidon poliklinikoilla, lainsäädännön valmistelu ei voi mielestäni odottaa. Näitä tilanteita ei voi jättää eettisten periaatteiden ja keskustelujen, ei myöskään ministeriön ohjeiden varaan. Kyse on näistä potilaista, kyse on muista potilaista ja kyse on henkilökunnasta.

On selvää, että tehtävä on vaikea kuten kaikki itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvä lainsäädäntö sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toivon kuitenkin, että tämä lainsäädäntöhanke ei kuitenkaan muodostu yhtä vaikeaksi kuin on osoittautunut vastaava hanke kehitysvammaisten erityishuollossa. Lainsäädännön valmistelu on ollut vireillä esitykseni pohjalta nyt 12 vuotta, toki varmasti myös siitä syystä, että muut - tärkeämpänä pidetyt - hankkeet ovat aina olleet kiireellisempiä.

Entä muut heikot ja hiljaiset? Oikeusasiamiehen laillisuusvalvontakokemuksen ja havaintojen pohjalta puhuisin kovin mielelläni lasten ja nuorten mielenterveyspalveluista tai vaikkapa vankien terveydenhuollon ongelmista. Heillähän on muuhun väestöön verrattuna moninkertainen sairastavuus, runsaasti psykiatrisia ongelmia ja erityisen paljon päihdeongelmia. Moniin heidän sairauksistaan olisi tehokkaita hoitoja, joilla heidän terveydentilaansa voitaisi parantaa, rikoskierteen katkaisua helpottaa ja uusintarikollisuutta vähentää.

Olen kuitenkin päätenyt käsittelemään lyhyesti päihdesairaita, vanhuksia ja keikkalääkäreitä.

Olin viime viikolla Mielenterveyspäivillä Kuopiossa. Tässä kansalaisjärjestöjen tilaisuudessa käsiteltiin usean päivän aikana monia tärkeitä aiheita. Jaksossa, jossa itsekin alustin, keskusteltiin sosiaaliturvasta. Kuopion yliopistollisen sairaalan päihdepsykiatrian vs. osastonlääkäri Hannu Pentikäinen toi keskusteluun päihdelääkärin näkökulman. Hän kiinnitti ansiokkaasti huomiota siihen, miten päihdekäyttö nousee usein etualalle määrittäen potilasta siten, että hänen muita sairauksiaan tai elämäntilannettaan ei nähdä päihdekäytön takaa. Hoidon tarve on huutava, kun päihderiippuvuudessa on kyse kroonisesta aivosairaudesta, johon liittyy usein niin mielenterveyden häiriöitä kuin runsaasti erilaisia somaattisia sairauksia, vammoja tai niiden jälkitiloja.

Myös omassa työssäni olen kiinnittänyt huomiota päihdeongelmaisten ja päihderiippuvaisten hoitoon pääsyn vaikeuteen. Parhaillaankin on tutkittavanani kantelu, joka koskee huumeriippuvaisten hoitoon pääsyä Helsingissä. Korvaushoidon jonot ovat jopa yli vuoden mittaisia. Lain mukaan hoitoon pitäisi päästä viimeistään puolen vuoden odotusajalla.

Kanteluiden perusteella tekemiäni havaintojen perusteella potilaan päihtymystila on vaikuttanut hoitoon pääsyyn ja kohteluun. Psykykkisistä ongelmista kärsiviä potilaita ei ole otettu tutkittaviksi psykiatriin sairaaloihin, vaikka heistä olisi laadittu tarkkailulähete. Tällaiset potilaat on voitu käännättää sairaalasta kotiin tai poliisin putkaan selviämään. Päihtymys ei saa kuitenkaan estää henkilön hoidon tarpeen arviointia eikä hoidon järjestämistä eikä päihtymys saa estää henkilöä saamasta asianmukaista palvelua ja kohtelua. Päihtyneen henkilön oikeus tutkimukseen ja hoitoon on selkeästi todettu myös jo edellä mainitussa sosiaali- ja terveysministeriön ohjeissa ”Päihtyneen henkilön akuuttihoito”.

Päihtyneiden oikeus hoitoon ja yhdenvertaiseen kohteluun kärjistyy usein hätäkeskusten toiminnassa. Erästä kantelua käsitellessäni kävi ilmi, että hätäkeskuksen käytössä ei ollut terveydenhuollon viranomaisen antamaa ohjetta siitä, miten arvioida päihtyneen henkilön terveydellinen riski ja avuntarve. Pidin tätä vakavana puutteena. Tällaiset ohjeet ovat käsitykseni mukaan välttämättömät, koska hätäkeskuspäivystäjiltä ei vaadita terveydenhuollon ammattikoulutusta. Hätäkeskus on kuitenkin erittäin tärkeässä asemassa potilaan

hoitoketjun alkupäässä. Hälytystehtävän kiireellisyys ja laatu määräytyvät hätäilmoituksen vastaanottaneen hätäkeskuspäivystäjän tekemän riskinarvioinnin perusteella. Pidin puutteena myös sitä, että myöskään poliisilla ei ollut toimintaohjetta sellaisen tilanteen varalta, että päihtyneellä voi päihtymyksen lisäksi olla jokin terveyttä vakavastikin vaarantava sairaus, johon hän tarvitsisi hoitoa.

Päihdesairauksien hoidon puutteet johtuvat mitä ilmeisimmin erilaisista syistä. Eräs seikka, jolla saattaa olla merkitystä, on päihdehuollon jakautuminen eri hallinnonaloille, osittain sosiaalihuoltoon, osittain terveydenhuoltoon. Luonnollisesti myös päihteen käytön ja sen haittojen moninaisuus vaikeuttaa päihdesairauksien havainnointia ja hoitoa. Mutta hoidon puutteisiin luulen vaikuttavan muiden seikkojen ohella myös sen, että näitä sairauksia pidetään itse aiheutettuina ja että niitä on vaikea sen vuoksi hyväksyä sosiaalisesti. Oikeudellisesti asiaa arvioiden tällaiseen suhtautumiseen ei ole kuitenkaan perusteita. Inhimillisesti ajatellen se on mielestäni kovaa ja taloudellisesti epäviisasta.

Psykkisten sairauksien ja päihdesairauksien hoidon puutteille on yhteistä se, että ne tuottavat huolta ja tuskaa ei ainoastaan sairaalle itselleen ja hänen läheisilleen vaan laajasti myös ympäristölleen. Ne kuluttavat yksityisiä ja yhteisiä voimavaroja ja hoitamattomina aiheuttavat laajasti yhteiskunnallisia ja sosiaalisia kustannuksia.

Olen usein ihmetellyt sitä, että tänä aikana, jolloin perustellusti kiinnitetään paljon huomiota taloudellisiin voimavaroihin ja niiden järkevään käyttöön, pannaan niin vähän painoa niihin kustannuksiin, joita hoitamattomat sairaudet ja hoitomahdollisuuksien puute aiheuttavat muilla yhteiskunnan sektoreilla ja siihen, mitä ovat niiden kertautuvat heijastusvaikutukset terveydenhuollon kustannuksissa.

Mitä tulee vielä taloudellisten voimavarojen asettamiin rajoituksiin, haluan korostaa, että terveydenhuoltoon ohjatut voimavarat ovat tuottavia sijoituksia. Ne tuottavat hyvinvointia, terveyttä ja elinvoimaa sekä työkykyä. Niiden kohdentaminen ei voi tapahtua käyttäen perusteena sairauden tai hoidon sosiaalista hyväksyttävyyttä.

Sitten vielä muutama sana suhtautumisesta ikään, vanhuksiin ja heidän hoitoonsa. Viime viikkoina olemme jälleen lukeneet vanhusten kaltoinkohtelusta sosiaalihuollon ja terveydenhuollon laitoksissa.

Eräissä tutkittavanani olleessa kanteluasiassa potilaan sydänsairauden tutkimuksissa ja hoidossa havaittujen puutteiden väitettiin johtuneen terveydenhuoltohenkilökunnan asenteista potilaan ikään ja hänen dementoitumiseensa. Hoidossa havaittiin kyllä laiminlyöntejä mutta niiden ei voitu osoittaa johtuneen tällaisista syistä. Eräs potilasta hoitanut lääkäri viittasi kuitenkin omaa menettelyään puolustaessaan siihen, että sairaalassa ei ollut taloudellisia resursseja tahdistimien asentamiseen kaikille ”dementoituneille vanhuksille”. Tämä ns. dementoitunut vanhus oli 60-vuotias työssä käyvä rouva, jonka muistihäiriöt johtuivat suurelta osin hänen masennuksestaan ja osin hänen sydänsairaudestaan, johon hän sittemmin menehtyi. Kantelijaomaisten epäluuloa ei varmaankaan hälventänyt se, että asiantuntijalääkäri totesi lausunnossaan, että ”... hoidon porrastuksesta ja priorisoinnista puhuttaessa Alzheimer- ja muut dementiapotilaat jätetään yleensä ensimmäisten joukossa yliopistoklinikoihin lähettämisen ja suurempien elämää pidentävien toimenpiteiden ulkopuolelle. Dementoituneen, masentuneen ja kiusatun potilaan äkkikuolema saattoi lopulta olla onnellista hänelle itselleen.”

Myös eräissä muissa kanteluasioissa on tullut esille nimenomaan lääkäreiden esittämänä käsitys siitä, että potilaalle itselleen tai hänen omaisilleen on ollut hyväksi, että vaikeahoitoinen ehkä monivammainen tai iäkäs potilas on menehtynyt ja että hänen omai-

sensa ovat jääneet näin montaa huolta vaille.

Tällaiset asenteet ja oletukset eivät ole mielestäni hyväksyttäviä. Ulkopuolisten suorittama arvio elämän laadusta valintojen perusteena on mielestäni yhdenvertaisuuden ja myös ihmisarvon periaatteen vastaista. Oikeus terveystalouteen ei saa riippua ulkopuolisten suorittamasta elämän laadun arvioinnista.

Eräs ongelma iäkkään ihmisen hoidossa on, että fyysisesti ja henkisesti nuorta hitaamman ihmisen hoitoa ei rytmitetä hänen edellytystensä mukaisesti. Iäkkään potilaan kuuleminen, hänen informoimisensa ja ylipäättään hänen hoitamisensa edellyttää erilaista ajallista panostusta kuin nuorempien. Kun hoitaja tuo muistamattomalle, syömään ja juomaan yksin kykenemättömälle vanhukselle ruoan ja juoman ja vie ne hetken kuluttua koskemattomina pois (ilman, että vanhusta olisi autettu näissä toimissa), tiedämme, mistä pahimmillaan voi olla kysymys. Tällaiset hoidon puutteet voivat olla kohtalokkaita. Ihmisarvon loukkaamattomuudesta ei voida puhua silloin, kun vanhuksen vaippoja vaihdetaan muiden potilaiden ja näiden omaisten läsnä ollessa tai kun vanhusta käsketään laskemaan alleen, kun henkilökuntaa on liian vähän yöllä viedäkseen vanhusta WC:hen.

Toisaalta vanhus saattaa joutua odottamaan kohtuuttoman pitkään asianmukaiseen hoitoon pääsemistä. Kysymys on ennen kaikkea oikeudesta välttämättömään huolenpitoon. Eräässä tutkimussani kanteluasiassa dementoitunut vanhus ei ilmiselvästikään pärjännyt kotonaan runsaidenkaan tukitoimien avulla. Tästä olivat osoituksena useat kymmenet ulkopuolisten suorittamat ambulanssihälytykset, lukitut ovet, tulvivat vedet ja hehkuvat hellat. Kysymys kantelussa kuuluikin, oliko vanhus jätetty heitteille. Omana käsityksenäni totesin, että kun turvajärjestelyjen avullakaan ei ollut enää mahdollista taata tämän vanhuksen turvallisuutta, tuli harkita muita hoito- ja asumisjärjestelyjä.

Tutkittavanani on ollut useita sellaisia yksittäistapauksia, jotka viittaavat siihen, että iällä saattaa olla epäasianmukaisella tavalla merkitystä hoitoratkaisuissa. On selvää, että ikä tuo mukanaan terveydentilaan muutoksia, joilla on merkitystä tehtäessä hoitopäätöksiä. Yksinomaan iällä tällaisia päätöksiä ei voida kuitenkaan perustella oikeudellisesti.

Mielenkiintoinen on tässä yhteydessä Kuopion yliopiston terveystaloustieteen professorin Hannu Valtosen tuore tutkimus siitä, millaisen potilaan terveydenhuollon ammattilaiset asettavat etusijalle terveystalouden kohdentamisessa. Hoitoa annetaan mieluummin nuorelle kuin vanhalle potilaalle ja mieluummin nuhteettomalle kansalaiselle kuin rikolliselle, vaikka potilaan terveydentila edellyttäisi lain mukaan toisin toimimista. Asenteet eivät ole tutkimuksen mukaan muuttuneet 30 vuoden aikana.

Lopuksi muutama sana keikkalääkäreistä ja yhdenvertaisuudesta.

Eräässä tutkittavanani olleessa asiassa poliisi oli ottanut kiinni voimakkaasti päihtyneen oloisen ja aggressiivisesti käyttäytyneen miehen ja vienyt hänet säilöön. Kun miehen sisar oli hetken kuluttua ilmoittanut poliisille, että hänen veljensä oli nauttinut alkoholin lisäksi lääkkeitä, poliisi otti yhteyttä terveyskeskukseen. Lääkärin ja poliisin keskustelun seurauksena mies jäi poliisiin huostaan lääkärin annettua ohjeet hänen terveydentilansa seuraamiseksi. Kolmen tunnin kuluttua mies löydettiin kuolleena. Asian selvittämiseksi tehtiin esitutkinta. Kun kävi ilmi, että lääkäri, jonka toiminnan arvioinnista asiassa oli keskeisesti kysymys, oli yksityisen palvelujen tuottajaan työsopimussuhteessa, jouduttiin ottamaan kantaa siihen, oliko hänen hoitoratkaisussaan kyse julkisen vallan käyttämisestä. Koska näin ei katsottu olevan asianlaita, hän ei ollut toiminnastaan virkarikosoikeudellises-

sa vastuussa. Vaikka katsoin lääkärin toimineen huolimattomasti jättäessään selvittämättä miehen hoidon tarpeen arviointiin vaikuttavat seikat ja tehdessään virhearvion tämän tilasta ja hoidon tarpeesta, katsoin kuitenkin, ettei hän ollut syyllistynyt kuolemantuottamukseen. Koska hän ei ollut myöskään virkarikosoikeudellisessa vastuussa, en voinut määrätä syytettä nostettavaksi häntä vastaan.

Tapaus toi kuitenkin selkeästi esille sen, että lääkärin tehtäviä suorittavan vastuu on merkittävässä määrin erilainen silloin kun kyseessä on kuntaan julkisoikeudellisessa palvelussuhteessa olevasta kuin silloin kun kyseessä on ns. keikkalääkäristä. Tilanne on erittäin epätydyttävä ja kaipaa korjausta lainsäädäntöteitse.

Hyvät kuulijat

ETENE on julkaisussaan Terveiden edistämisen eettiset haasteet todennut viime vuonna, että yksi terveyden edistämisen ajankohtaisimmista eettisistä kysymyksistä liittyy oikeudenmukaisuuteen ja tasavertaisuuteen ja että jos terveyseroihin halutaan vaikuttaa, voimavaroja tulisi suunnata sellaisten ryhmien terveyden edistämiseen, joiden kokema terveys on huonoin ja joilla omat mahdollisuudet terveytensä ylläpitoon ja edistämiseen ovat heikoimmat.

Mielestäni näin tulee tehdä. Pidän erityisen tärkeänä, että niitä potilaita, jotka eivät kykene puolustamaan eivätkä valvomaan etujaan, ei aseteta muiden jälkeen. Yhdenvertaisuutta hoitopäätöksiä tehtäessä tulee vahvistaa kaikin keinoin. Jokainen hoitopäätös koskee arvokasta ja ainutlaatuista ihmiselämää.

Lopuksi toivotan onnea ja menestystä neuvottelukunnan työlle tulevana vuosina.

Onko julkinen terveydenhuolto vähäväkisten ja hiljaisten asialla?

Mikä tekee hiljaisista hiljaisia

On aika luontevaa puhua vähäväkisistä tai huono-osaisista ja yhdistää heihin hiljaisuuden, sen että he eivät kykene itse puhumaan puolestaan, vaan tarvitsevat puolesta puhujan. On kuitenkin hyvä muistaa, että hiljaisuus ei välttämättä ole heidän ominaisuutensa, vaan kommunikaatiosuhteen ominaisuus.

Hiljaisuus voi merkitä sitä, että heillä – niillä toisilla – ei ole kieltä, jolla kommunikoivat meidän – potentiaalisten puolesta puhujien – kanssa. He eivät ehkä ole hiljaisia suhteessa toisiinsa tai suhteessa muihin kuin ”meihin”. Mutta jos he eivät puhu meidän kieltämme, he eivät puhu tavalla, jonka me kuulisimme tai ymmärtäisimme. Kun ”me” olemme niitä, jotka päättävät terveydenhuollon asioista tai joiden sanaa kuullaan näitä päätöksiä tehtäessä, kyse on siitä, sulkeeko meidän kieleemme heidät ulos?

Ulos sulkeminen voi koskea jo sanastoa, jossa hoitotakuu ei olekaan takuu siinä mielessä kuin yleisesti oletetaan, jossa sairaala on joskus vuodeosasto ja joskus toimialue, jossa kansalaisen pitäisi tietää onko jokin hänen asiansa ”tilaajan” vai ”tuottajan” vastuulla... Ja kieli on paljon enemmän kuin vain sanasto, se on myös esimerkiksi tapa, paikka ja aika puhua – jos niiden merkitystä ei ymmärrä, tulee luokitelluksi ihmiseksi, joka puhuu sopimattomasti ja vielä väärässä paikassa ja väärään aikaan. Turha yrittää puhua budjettiin liittyvistä asioista paikassa, jossa ei ole budjettivalmistelusta vastaavia ja aikana, jolloin budjetti on juuri pitkän työn jälkeen hyväksytty.

Hiljaisuus voi myös merkitä sitä, että hiljaisilla ei ole käytössään mediaa, joka välittäisi ja vahvistaisi sen mitä hiljaiseksi tulkittu sanoo. Hänelle ei ole luonnollista googlata vastuullinen ihminen esiin www-sivuilta, etsiä sähköpostiosoite ja lähettää e-maili. Kun hän puhuu tai kirjoittaa, media ei kiinnostu. Hän ei kuulu niihin, joita on tapana haastatella, joita pidetään asiantuntijana tai asianosaisena. Vasta valmistunut Sinikka Torkkolan väitöskirja Sairas juttu on vaikuttava analyysi siitä, miten potilas marginalisoituu median terveydenhuoltouutisoinnissa.

Ja hiljaisuus voi myös merkitä sitä, että kuulijalla ei ole korvia tai kykyä ymmärtää kuulemaansa. Voi vain kysyä, missä määrin terveydenhuollon organisaatiot pyrkivät tunnistamaan niitä ”heikkoja signaaleja”, joissa kuuluisi syrjäytyvien ääni. Eiköhän heikoilla signaaleilla tarkoiteta ihan erilaista kuulon ja näön sensitiivisyyttä?

Hiljaisten puolesta puhuminen

Kenellä sitten olisi valtuutus tai velvollisuus puhua vähäväkisten ja hiljaisten puolesta? Kannatusta vaaleissa hakevat pyrkivät useimmiten esiintymään pikemminkin enemmistön kuin marginaalien puolesta. Meillä on potilasasiamiehiä ja sosiaaliasiamiehiä, mutta heidänkin huomionsa saaminen edellyttää hiljaisuuden muurin murtamista, ei heitä ole ohjeistettu etsimään niitä syrjäytyneitä, jotka eivät oma-aloitteisesti ota heihin yhteyttä.

Voi myös kysyä, mitä kykyjä pitää olla sillä, joka olisi hyvä hiljaisten puolesta puhuja? Vai onko itse asiassa ongelma jo itse ”puolesta puhumisessa”. Onhan varmaan niinkin, että pahimmillaan puolesta puhuminen hiljentää niitä, joiden puolesta esiinnyään. Tärkeintä olisikin luoda edellytyksiä – foorumeita, kanavia, osaamista, välineitä – hiljaisille lopettaa hiljaisuutensa. Esimerkiksi vanhusten puolesta puhutaan paljon, mutta paljon vähemmän luodaan edellytyksiä vanhuksille puhua yksilöinä ja yhdessä itse omasta puolestaan. Sama koskee lapsia, monia vammaisia, päihdeongelmaisia, vähän koulutettuja, työttömiä...

Puhutaan vanhojen yhteiskuntaluokkien erojen vähenemisestä, usein enemmän uskomusten kuin tutkimusten pohjalta, mutta puhutaan joka tapauksessa. Mutta kyllä myös tunnustetaan uusia jakoja. On digital divide – uusien medioiden käytön osaavat ja osaamattomat. On sukupuolten ja sukupolvien erot, ammattiryhmien erot. Aina kun ero on valtasuhde, se on myös suhde, jossa alempia hiljennetään, ylempi ääni tulee kuuluvammaksi.

Väestöryhmien poistettavissa olevien terveyserojen hyväksyttävyyys

Huono-osaisten ja hyväosaisten tai hiljaisten ja äänensä kuuluville saavien välillä on monia eroja. Monia eroja perustellaan sillä, että ainakin johonkin mittaansa asti ne ovat kokonaisuuden hyvän kannalta välttämättömiä. Työmarkkinat eivät toimisi ilman palkkaeroja, työnjako ei toimisi ilman koulutuseroja, asuntomarkkina eivät toimisi, jos kaikille taattaisiin yhtä hyvät asumisolosuhteet. ... Väestöryhmien välisiä terveyseroja on vaikea perustella sillä, että ne olisivat kokonaisuuden tai edes jonkun erityisen toimijan kannalta toivottavia. Tämä mahdollistaa vahvemman periaatteellisen pohjan terveyden tasa-arvon merkitykselle kuin oikeastaan minkään muun hyvinvoinnin tai elintason osatekijän tasa-arvolle. Se myös luo edellytykset puhua terveyden suhteen voimakkaammin lopputuloksen tasa-arvosta eikä vain mahdollisuuksien tasa-arvosta, johon usein päädytään muiden hyvinvoinnin osatekijöiden suhteen.

Ongelma onkin vasta siinä, että väestöryhmien terveyserot selittyvät suurelta osin näistä jossakin määrin hyväksyttävämmillä eroilla – tuloeroilla, koulutustasoeroilla, asumis- ja työympäristön eroilla jne. Tärkeää olisi kuitenkin laajentaa ymmärrystä siitä, että terveyserot eivät ole sinällään mitenkään hyödyllisiä, vaikka niiden poistamisessa joudutaankin haastamaan myös joidenkin ongelmattomina näkemiä muita eroja.

Mistä terveyseroista kannetaan huolta?

Väestöryhmien terveyseroja voidaan tarkastella monesta näkökulmasta.

Terveydenhuoltopolitiikassa on viime aikoina ollut esillä se, että eri kunnissa asuvilla voi olla erilaiset mahdollisuudet saada tarvitsemiaan terveyspalveluja. Tuntuu siltä, että tämä on esimerkiksi PARAS-hankkeen näkökulmasta se kaikkein huolestuttavin ero. Tosin kukaan ei kykene osoittamaan, että yhdistämällä kuntia tai kokoamalla palvelujen järjestämisvastuu nykyisiä kuntia suuremmiksi terveystalviksi tai vastaaviksi, voitaisiin taatusti vähentää uuden alueen sisällä olevia alueellisia eroja. Tiedetäänhän esimerkiksi, että suurimmissa kaupungeissa kaupungin eri osien väestön kannalta palvelujen saatavuudessa on erittäin suuria eroja. Jos eroja halutaan pienentää, voi suurempi koko joskus olla välttämätön edellytys, mutta koskaan se ei ole riittävä edellytys. Ja on myös mahdollista joutua ojasta allikkoon.

Terveyspolitiikassa argumentoidaan usein myös eri tauteja sairastavien erilaisesta

asemasta. Sanotaan esimerkiksi, että jos psyykkisiin sairauksiin suhtauduttaisiin samalla tavalla kuin somaattisiin sairauksiin, psykiatristen potilaiden hoitoon saataisiin runsaasti lisää voimavaroja. Tai jos diabeteksen esiasteisiin suhtauduttaisiin kuin syövän esiasteisiin, niin seuraisi suuria muutoksia. Potilasjärjestöille tämä on tuttu tapa argumentoida, mutta poliittista kantavuutta se saa harvemmin.

Ikä on tärkeä väestöä erotteleva tekijä. Useimmin ollaan huolissaan vanhoista tai nuorista kuin työikäisistä. Lapsiin ja nuoriin kannattaa panostaa, he ovat tulevaisuus. Vanhuksille olemme velkaa nykyisen hyvinvointimme. Mutta mitä olisi tasa-arvo iän suhteen? Se on ainakin paljon vaikeampi määritellä kuin on kokea, että iän suhteen on epätasa-arvoa.

Sukupuolen väliset terveyserot ovat myös melkoiset. Karkeasti ottaen miehet kuolevat vuosia nuorempina kuin naiset, mutta naiset sairastavat elinaikanaan enemmän kuin miehet. Sukupuolierot ovat kuitenkin vain suhteellisen harvoin ja suhteellisen harvoille keskeinen huolestuttava terveysero. Ja huolestusta on sekä miesten että naisten huono-osaisuudesta terveyden suhteen. Mitä politiikkaan merkittävästi vaikuttavaa voimaa tästä huolestuksesta ei kuitenkaan ole viime vuosikymmeninä syntynyt – mikä on vähän yllättävää, kun sukupuolten erot muuten ovat vahvasti esillä.

Terveyserot etnisen taustan suhteen ovat kansainvälisesti hyvinvointivaltioiden keskeisiä nousevia huolen aiheita. Ongelma on jossakin määrin tunnistettu myös Suomessa, mutta varmaankin toistaiseksi aivan liian vähän. Kansainväliset kokemukset esimerkiksi USA:sta, Englannista ja Hollannista vihjaavat, että näin hahmotettujen väestöryhmien väliset terveyserot voivat olla huomattavasti suurempia kuin minkään muun yleisesti käytetyn jakoviivan yli tunnetut erot. Voi olettaa ja toivoa, että tämä ero nousee vahvemmin esiin tulevassa terveystaloudessa.

Todennäköisesti parhaiten tutkitut ja tieteellisesti osoitetut väestöryhmien väliset terveyserot ovat erot sosioekonomisten (ennen muuta tulojen ja/tai koulutuksen mukaan muodostuvien) väestöryhmien välillä. Ansio näiden erojen selvittämisestä perusteellisilla tutkimuksilla kuuluu aiemmille Kansaneläkelaitoksen ja nykyisille Stakesin tutkimusryhmille. Viimeaikainen tutkimus vielä osoittaa erojen olevan kasvamassa. Samaan aikaan, kun terveydenhuollon keinoin ehkäistävissä oleva kuolleisuus on systemaattisesti alentunut ylemmissä tuloryhmissä, alimmassa tuloviidenneksessä tämä kuolleisuus on 1990-luvulla ja 2000-luvun alkupuolella kasvanut. Ongelma siis tunnetaan hyvin, mutta poliittisten huolenaiheiden tärkeysjärjestyksessä se näyttää olevan kaukana kuntien välisten, ikäryhmien välisten ja ehkä myös tautiryhmien välisten erojen takana. Olisiko niin, että puolesta puhujia puuttuu. Sinänsä huomionarvoista on, että tutkimuksellinen evidenssi ei näytä olevan sen paremmin välttämätön kuin riittäväkään edellytys eron nousemiseksi huolenaiheiden kärkeen. Esimerkiksi kuntien välisistä eroista on enemmän yksittäisiä esimerkkejä kuin kattavaa ja analysoitua tietoa, mutta poliittisesti tämä ero näyttää vaikuttavammalta.

Miten erot voivat kasvaa pohjoismaisessa hyvinvointivaltiossa?

Suomalaisilla on universaali, kaikille yhtäläinen, oikeus julkisesti rahoitettuihin laadukkaisiin terveystaloudisiin palveluihin. Itse asiassa meillä on jopa kaksinkertainen universaali oikeus – yhtäältä verorahoitteisiin kunnallisiin palveluihin ja toisaalta sairausvakuutus- korvattuihin yksityisiin palveluihin. Ja pysyvämmissä työsuhteissa oleville vielä kolmas oikeuskerrostuma työnantajan ja sairausvakuutuksen rahoittaman työterveydenhuollon muodossa. Kansainvälisesti vertaillen tällainen moninkertainen universaali oikeus on ai-

nutlaatuinen. On myös vaikea selittää ulkomaisille kollegoille, miten tällainen sosiaalisten oikeuksien rakenne voi tuottaa OECD-alueella poikkeuksellisen suuret sosioekonomiset terveys- ja terveystalvelujen käyttöerot.

Olen usein argumentoinut, että moninkertaisten oikeuksien potentiaalista kustannusten kasvuvaikutusta hillitsemään on järjestelmään sisällytetty kaksi heikkoutta. Ensimmäinen on kansalaisen palveluoikeuksien heikko määrittely päävastuussa olevassa kunnallisessa järjestelmässä. Oikeuksien sijasta on määritelty lähinnä julkisen vallan velvollisuuksia, viimeisenä esimerkkinä hoitotakuu. Sen paremmin vähäosaiset kuin hyväosaiset, hiljaiset tai äänekkäät, eivät voi puolustaa oikeuksiaan samalla tavalla kuin maissa, joissa päävastuussa on vakuutusjärjestelmä. Vakuutusjärjestelmää on paljon vaikeampi rakentaa ilman selväpiirteisiä kansalaisten oikeuksien määrittelyä. Heikot oikeudet kansalaisille säästävät julkisen vallan kustannuksia. Toinen kustannusten hillintäkeino ovat Länsi-Euroopassa poikkeuksellisen korkeat potilasmaksut ja sairausvakuutuksen omavastuut. Ne kohdistuvat erityisesti vähäosaisten palvelukysyntään hillitsevästi.

Meillä on siis itse järjestelmän rakenne eroja kasvattava. Tämän rakenteen muuttaminen on ollut tutkijapuheenvuoroissa esillä vuosikymmeniä, mutta politiikassa se näyttää olevan eräänlainen tabu. Saa nähdä, miten kauan.

Erot ovat jopa niin suuria, että monien muiden maiden terveydenhuoltojärjestelmissä niihin olisi yritetty puuttua niin kutsutun ”positiivisen diskriminaation” tai ”affirmatiivisen toiminnan” keinoin. Toisin sanoen keinoin, jossa järjestelmän heikompaan asemaan syrjäyttämien asemaa parannetaan erityisillä tuilla, etuuksilla tai palveluilla. Meidän uskomme ”pohjoismaiseen tasa-arvoisuutemme” tuntuu kuitenkin peittäneen alleen positiivisen diskriminaation tarpeen.

Terveydenhuollon sosiologinen tutkimus on vuosikymmeniä tuonut esiin sitä, että huono-osaistamista ja syrjäyttämistä tapahtuu terveydenhuollossa myös toimintayksikkötasolla ja yksittäisten ammattilaisten tasolla. Suuri osa siitä on luultavasti tiedostamatonta ja ammattilaisten kannalta huomaamatonta. Köyhiä, työttömiä, vanhoja tai muuten vähäosaisempia vain käytännössä diagnostisoidaan eri tavalla, heihin paneudutaan eri tavalla, heitä ymmärretään eri tavalla ja heihin luotetaan eri tavalla. Kun tämän tason syrjinnän ehkäiseminen on selkeästi terveydenhuollon ammattikuntien etiikan vastaista ja kun ammattietiikan valvonta on pitkälti ammattikunnan itsevalvonnan varassa, toivoisi, että ammattikunnat kiinnittäisivät tähän enemmän huomiota. Voisivatko ne esimerkiksi määräjain raportoida myös julkisesti, mitä ongelmia ne ovat tässä suhteessa itsevalvonnassaan havainneet ja mihin toimenpiteisiin ryhtyneet ongelmien vähentämiseksi?

Mikä houkuttelee lääkäriä hiljaisten pariin?

Miksi puhumme maan hiljaisista? Järjestelmän näkökulmasta kysymys liittyy vaikeuteen rekrytoida lääkäreitä terveyskeskuksiin ja psykiatrialle. Kansanterveyden näkökulmasta kyse on sosioekonomisten terveyserojen ongelmasta. Yhteiskunnallisesti kysymys laajenee tasapainoiluksi etiikan, terveyden ja talouden etujen välillä. Kysymys on perimmiltään eettinen: onko terveydenhuollon eettinen arvopohja häviämässä tehokkuuden itseisarvon ja taloudellisten välinearvojen ylivallan alle? Haluammeko auttaa maan hiljaisia heidän itsensä takia?

Maan hiljaiset eivät pärjää kilpailu- ja vaatimisyhteiskunnassa. Siksi on tärkeää ylläpitää ainakin sosiaali- ja terveydenhuollon humaaneja perusarvoja ja etiikkaa. Tämä vaatii nyky-yhteiskunnassa aktiivista toimintaa. Sitä varten ETENE on olemassa.

Houkutteleeko etiikka maan hiljaisten pariin

Maan hiljaisilla tarkoitan esimerkiksi psykiatrisia potilaita, päihdeongelmaisia tai muuten syrjäytyneitä ihmisiä jotka eivät itse saa ääntään kuuluville yhteiskunnassa. Tämän esityksen tarkoituksena on kuvata keinoja houkuttella lääkäreitä maan hiljaisten pariin etiikan ja maan hiljaisten erityispiirteiden näkökulmasta.

Yleisellä tasollahan tilanne ja sen ratkaisut ovat olleet selviä jo pitkään. Suomessa ei ole enää pulaa lääkäreistä, vaan perusterveydenhuollossa on pulaa hyvistä työpaikoista. Rekrytointiongelma helpottaa, kun oman työn hallinta, ammatilliset tuki- ja kehittymismahdollisuudet sekä organisaatioiden oikeudenmukaisuus saadaan kuntoon. Vaativakaan työ ei rasita, jos tekijä kokee voivansa kontrolloida omaa työtään ja saa työyhteisöltään tukea. Asiantuntijatyön on oltava tekijälleen mielekästä ja merkityksellistä; työtä ei tehdä vain työnantajaa varten, vaan työ on merkittävä osa tekijänsä elämää ja minäkuva.

Työn houkuttelevuuden lisääminen on erityisen tärkeää maan hiljaisten osalta, koska vaihtoehtoinen rekrytointistrategia – rahalla tai muilla eduilla houkuttelu tai pakottaminen – toimii maan hiljaisten osalta erityisen huonosti. Asia selkiytyy, jos jaamme työn houkuttelevuuden ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin. Ensin mainittuihin kuuluu maine, kunnia ja mammona mutta myös potilaiden kiitollisuus ja nopeasti palkitsevat hoitotulokset. Sisäisellä puolella kysymys liittyy lääkärin minäkuvaan, vanhanaikaisesti sanoen kutsumukseen: palkitsevuus syntyy hyvin tehdyn työn tuottamasta ammatillisesta tyydytyksestä, auttamistyön eettisestä arvosta ja työn merkityksellisyyden kokemuksesta.

Maan hiljaisilla ei ole tarjota auttajalleen ulkoisia palkintoja. Ei rahaa, mainetta eikä kunniaa. Usein on päinvastoin; tarjolla on myös vastentahtoisia ja vaarallisia autettavia. Terveydenhuollon henkilökunnan turvallisuusongelmat keskittyvät juuri perusterveydenhuoltoon, päihdetyöhön ja psykiatrialle. Pelko testaa tehokkaasti kutsumusta. Näin houkuttelevuuden on synnyttävä sisäisistä tekijöistä.

Ulkoisten houkutustekijöiden puute ei kuitenkaan ole niin suuri ongelma kuin usein kuvitellaan. Useimmat lääkärit – kuten muutkin asiantuntijat – hakevat työltään sisäistä mielekkyyttä eivätkä pelkkää palkkaa. Uusimmatkin tutkimukset osoittavat, että kiinnostus

ihmisiin ja kutsumus auttaa ovat yhä keskeisiä syitä ryhtyä lääkäriksi.

Tulkintani on siis optimistinen: työn sisäiseen houkuttelevuuteen vaikuttamalla maan hiljaisten hoidosta saadaan lääkäreitä houkutteleva uravaihtoehto. Terveystenhuollossa työn mielekkyys on lähtökohtaisesti kunnossa: Ihmisten auttaminen on eettisesti arvokasta ja moraalisesti palkitsevaa.

Tämä ei kuitenkaan tapahdu itsestään, päinvastoin: Terveystenhuollossa on menossa työntekijöitä ja potilaita välineellistävä kehitys. Työntekijästä yritetään tehdä ensisijaisesti sairaalan strategian toteuttaja, eikä enää potilaiden hyvään sitoutunut auttaja. Tämä tuhoaa paitsi työn mielekkyyden, myös paradoksaalisesti työntekijöiden sitoutumisen työnantajaan ja potilaiden uskon järjestelmään. Toisaalta maan hiljaisiin liittyy myös järjestelmäongelma tilanteessa, jossa oikeuksiaan kovaäänisimmin puolustavat saavat suurimman osan terveystenhuollon rajallisista resursseista. Maan hiljaiset eivät myöskään ole poliittisesti aktiivisia. Tämä kiertyy takaisin työntekijöihin: jos resursseja ei ole tarpeeksi, työtä ei voida tehdä kunnolla. Tällöin yksi työn mielekkyyden keskeinen tekijä – ammatillinen ylpeys hyvin tehdystä ja tuloksellisesta työstä – jää pois.

Empiriaa Suomesta: ongelma on todellinen

Maan hiljaisten hoidossa Suomessa vaikuttaa olevan oikea ongelma. Lääkäreiden rekrytointi on vaikeinta juuri perusterveydenhuoltoon, psykiatrialle ja päihdetyöhön. Perusterveydenhuollon resursseja – esimerkiksi lääkäreiden virkamääränä katsoen - ei ole kymmeneen vuoteen kasvatettu lainkaan. Samalla työn määrä, vaikeus- ja vaatimustaso on koko ajan kasvanut.

Tutkiessamme suomalaisten lääkäreiden kokemia eettisiä ongelmia vuonna 2004 (Saarni ym., 2007) totesimme, että psykiatria eroaa jyrkästi muista lääketieteen aloista. Niin lasten-, nuoriso- kuin aikuispsykiatriallakin koettiin huomattavasti enemmän eettisiä ongelmia kuin muilla aloilla. Lääkärin tarpeellisina pitämistä hoidoista luopuminen oli psykiatrialla jopa 11 kertaa todennäköisempää kuin perusterveydenhuollossa. Hoidoista luopumisen keskeinen syy oli resurssipula. Vastaavasti turhia hoitoja annettiin 5 kertaa harvemmin; taustalla näissä oli yleensä potilaiden tai omaisten painostus. Johtopäätös on selvä: omaiset tai potilaat eivät psykiatrialla painosta saadakseen hoitoja, mutta lääkärit joutuvat resurssisyistä hoitamaan potilaita huomattavasti vähemmän kuin kokisivat oikeaksi.

Lääkärin etiikan ja Suomen lain mukaan ”terveydenhuollon ammattihenkilön ammatititoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimyksensä lieventäminen.” Lääkärin eettisissä ohjeissa todetaan, että lääkäri tulee pysyä erillään sellaisesta sairaanhoidosta, jossa hänellä ei ole vapautta toimia velvollisuuksiensa mukaisesti. Juuri näin näyttää käyvän.

Miten etiikka voi auttaa asian korjaamisessa?

Keskeistä on, että rakennetaan työympäristö joka mahdollistaa toimimisen eettisesti arvokkaalla tavalla – niin, että työn tekijä voi olla ylpeä työstään, työpaikastaan ja itsestään. Näin saadaan sitoutuneita työntekijöitä. Maan hiljaisten kannalta keskeistä on saada pitkäaikaisia hoitosuhteita – terveyskeskuksissa, mielenterveystoimistoissa ja a-klinikoilla pysyviä lääkäreitä ja hoitajia. Uusien organisaatiomallien rakentaminen on vähemmän tärkeää ja voi viedä huomion harhaan itse pääasiasta: maan hiljaisten kannalta kaikkein

tärkeintä on pitkien ja toimivien hoitosuhteiden luominen. Mikään organisaatiolaatikkojen asento ei auta maan hiljaisia, jos työssä ei ole sitoutuneita ihmisiä.

Ammattietiikan kunnioittamisessa on yksilöllinen ja organisatorinen osansa. Yksilötasolla terveydenhuollon etiikka on ammattietikoista perinteisin; sillä on selkeät periaatteensa, arvonsa ja uusiutumismekanisminsa. Ei ole viitteitä siitä, että yksilötasolla terveydenhuollon ammattilaisten sitoutumisessa terveydenhuollon eettisiin perusarvoihin olisi uusia ongelmia. Haaste on organisaatioiden ja yksilöiden etiikan yhteensovittamisessa. Eli siinä, miten etiikka huomioidaan terveydenhuollon päätöksenteon eri tasoilla. Ristiriitaiset arvot päätöksenteon eri tasoilla tai yksilöiden ja organisaatioiden välillä aiheuttavat monenlaisia ongelmia.

Case: vaikuttavuus

On selvää, että maan hiljaisten etu jää herkästi jalkoihin kun sovelletaan erilaisia yksilön omaa vastuuta, aktiivista palvelujen vaatimista ja järjestelmien teknistä tehokkuutta korostavia ajattelutapoja. Nykyisin tarjotaan ongelman ratkaisuksi usein vaikuttavuuden korostamista. Todetaan, että ainut järkevä tapa käyttää terveydenhuollon resursseja on keskittää niitä sinne mistä saadaan eniten terveyshyötyä.

Näin asia ei kuitenkaan ole. Vaikuttavuusideologia on vain hieman muunneltu versio taloudellisen ajattelutavan ylivallasta. Sekin on ihmiset välineellistävä, hyödyn maksimointia korostava ideologia joka voi mahdollistaa maan hiljaisten heitteillejätön. Terveydenhuollossa tulisi huomioida myös oikeudenmukaisuus. Vaikuttavuuden maksimointi ei ole aina oikeudenmukaista, mutta auttaa usein ohittamaan oikeudenmukaisuudesta keskustelun. Kysymys ei ole siitä, että täysin vaikuttamattomia hoitoja pitäisi antaa, vaan siitä kuka määrittää mikä on vaikuttavaa ja miten rajallista vaikuttavuutta jaetaan eri yksilöiden välillä. Terveydenhuollolla on yhteiskunnassa myös muita päämääriä kuin terveyden maksimointi – esimerkiksi sosiaalinen hyvinvointi, turvallisuus, hoiva, yhteiskuntarauha ja oikeudenmukaisuus.

Perusongelma on, että sama kansanterveyshyöty voidaan saada monilla yksilöiden välisillä terveys jakaumilla, ja että maan hiljaisten kroonisten vaivojen hoito ei usein pääse vaikuttavuuslistojen kärkeen.

Otetaan muutama esimerkki. Kyselytutkimuksissa lähes kaikki vastaajat ovat yleensä sitä mieltä, että on oikeudenmukaista hoitaa ensin vakavasti sairaita vaikka terveempien hoidossa olisi saatavissa enemmän terveyshyötyjä. Siksi panostamme tappavien tautien hoitoihin ja ajattelemme, että terveyserojen kaventamisella on itseisarvoa. Samoin lasten hoitoa ennen vanhuksia pidetään itsestään selvästi oikeutettuna, vaikka terveyshyöty olisi-kin sama. Vaikeampi kysymys on, olisiko oikeudenmukaisempaa parantaa yksi vakavasti sairas syrjäytynyt kuin viisi lievästi sairasta työkykyistä, vaikka jälkimmäisestä tulisikin yhteenlaskettuna suurempi hyöty. Useinhan syrjäytyneiden ja kurjuuteensa tottuneiden hoito on vähemmän vaikuttavaa kuin terveempien. Esimerkiksi psykoterapiat keskitetään Suomessa ihmisille, joiden toivotaan palaavan työelämään. Vaikuttavuuden korostamisen ääripisteessä on todettava, että kokonaisuuden kannalta maan hiljaisten – syrjäytyneiden ja veroja maksamattomien – hoitamatta jättäminen tai jopa kuolema on usein kaikkein kustannusvaikuttavinta. Suomessa tehdään kuitenkin yhä yli kaksi kertaa enemmän itsemurhia kuin kuolla liikenteessä.

Oikeudenmukaisuus – maan hiljaisia pitäisi syrjiä positiivisesti

Vaikuttavuus ja tehokkuus ovat maan hiljaisten kannalta hyviä renkejä mutta huonoja isäntiä. Oikeudenmukaisuus on ensisijaista. Se kuitenkin edellyttää avointa yhteiskunnallista arvokeskustelua, jota ei voi ulkoistaa terveystaloustieteilijöille, lääkäreille tai muille vaikuttavuustutkijoille.

Etiikalla on suuri merkitys maan hiljaisten aseman parantamisessa juuri oikeudenmukaisuuden korostamisen kautta. Terveystalouden organisaatioiden oikeudenmukaisuus on tärkeää työntekijöiden sitoutumiselle. Tarvitsemme organisaatioita, jotka kunnioittavat työntekijöidensä ammattieettistä sitoutumista maan hiljaisten auttamiseen. Nyky-yhteiskunnan tehokkuutta ja rahallisia tuloksia korostavassa asenneilmapiirissä auttamisen etiikkaa on tuettava aktiivisesti, jos sen halutaan oikeasti säilyvän.

Yhteiskunnan tasolla tarvitsemme todellista keskustelua oikeudenmukaisuudesta – siitä, mihin ja kehen haluamme terveydenhuollossa panostaa. Maan hiljaiset ansaitsevat avoimen keskustelun siitä, pitäisikö heitä syrjiä positiivisesti. Eli pitäisikö heidän auttamiseensa panostaa enemmän kuin vaikuttavuuden maksimointi edellyttäisi?

Suomi on teknokraattinen maa, jossa arvokeskustelu on takkuista. ETENE:llä on ainutlaatuinen, lakisääteinen tehtävä herättää yhteiskunnallista keskustelua terveydenhuollon etiikasta ja oikeudenmukaisuudesta. Työ ei ole kymmenessä vuodessa tullut valmiiksi, eikä ole loppumassa kesken.

Kirjallisuutta:

Saarni SI, Halila R, Palmu P and Vänskä J: Ethically problematic treatment decisions in different medical specialties. *J Med Ethics*, 2008. 34(4): p. 262-7.

Miten kunta voi parantaa maan hiljaisten asemaa?

Fraasisanakirja ~ 1974;

Maan hiljaiset: Vaatimattomat ihmiset, rauhanmiehet.

(PS 35:20) Raamatussa:

”Sillä he eivät puhu vaan miettivät petoksen sanoja maan hiljaisia vastaan”.

J.D. Salinger: Sieppari ruispellossa 1961 (Saarikosken suomennos):

”Se oli maan hiljaisia. Se oli samalla luokalla matikassa kuin mä mut se oli toisella puolella luokkaa ja se ei melkein koskaan vastannu tai käynny taululla.”

Maan hiljaiset voidaan määritellä monella tapaa, esimerkiksi voidaan ajatella suurta joukkoa ns. ”hyviä ihmisiä”, jotka kautta historian ovat suurempaa hälyä nostamatta auttaneet kanssaihmiä toimeentulossa ja arjen askareissa.

Voidaan myös ajatella, että ryhmään kuuluvat ne hyvinvointivaltion marginaaleissa, palvelujen katveessa elävät ihmiset, joiden tarpeita ei ole tunnustettu tai jotka eivät halua auttamisen piiriin. He voivat olla joko hiljaisia ja kyvyttömiä hoitamaan asioitaan tai heidän äänensä kuuluu tavalla, joka ei herätä auttamishalua.

Maan hiljainen/hiljaisia on myös henkilö tai väestöryhmä, jolla itsellään tai jonka/joiden lähipiirillä ei ole riittävästi voimavaroja, tietoa tai taitoa huolehtia henkilökohtaisesta hyvinvoinnistaan ja terveydestään, sairauksiensa ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Tällaisia ovat kotona asuvat mielenterveyskuntoutujat tai pitkäaikaista, vaikeaa somaattista sairautta sairastavat henkilöt ja eri tavoin syrjäytyneet. He voivat sairauden hoitamattomuuden vuoksi jäädä oman kotinsa seinien sisälle ja eristäytyä ulkomaailmasta. Heille terveydenhuollon palvelujärjestelmä näyttäytyy monimutkaisena ja osa heistä hakee apua terveysongelmiinsa vasta viimeisessä hädässä tai ei ollenkaan.

Viime viikkoina olemme saaneet todistaa, että osa lapsista ja nuorista voi huonosti; he eivät osaa pukea huonovointisuuttaan sanoiksi, vaan oireilevat eri tavoilla. Jotkut heistä päätyvät hyvin surullisiin väkivallan tekoihin.

Meillä on vakavan pohdinnan paikka, arvojärjestystämme on punnittava ja yhteisöllisyyttä rakennettava uudelleen. Suomi on monien kansainvälisten tilastojen mukaan perheystävällinen maa, mutta vanhempien ja lasten välinen kanssakäyminen ei kuitenkaan yllä monen muun eurooppalaisen perheen tasolle. Helsinki oli mukana vuonna 2006 tehdystä eurooppalaisesta Youth in Europe - tutkimuksessa. Monissa naapurimaissamme lasten oli helpompi saada lämpöä ja läheisyyttä vanhemmiltaan kuin Suomessa.

Maan hiljaisia on paljon nykyisessä maahanmuuttajaväestössä, jolla kulttuurinen erilaisuus ja puutteellinen kielitaito vahvistavat eristäytymistä valtaväestöstä. Osalle heistä kunnallinen palvelujärjestelmä tuntuu vieraalta ja tieto kunnallisesta palvelutarjonnasta on puutteellinen. Maan hiljaiselta puuttuu usein toimiva sukulais- ja lähipiiriverkosto tai hän on jäänyt sen ulkopuolelle.

Kunta peruspalveluiden tarjoajana on avainasemassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitämisessä ja edistämässä sekä maan hiljaisten kuuntelemisessa ja kuulemisessa.

Lähtökohtaisesti Suomessa asuvilla tulee olla yhtäläiset mahdollisuudet terveelliseen ja sosiaalisesti turvalliseen elämään. Vaikka suomalaisten elinajan odote on noussut, niin väestöryhmien väliset terveyserot eivät ole kaventuneet. Se on vakavasti otettava tieto ja kertoo karun tosiasian, että kaikki eivät voi hyvin, vaan on ”ulkopuolelle jääviä” eli maan hiljaisia. Tämä edellyttää kunnan toimijoilta jatkuvaa valppautta ja valveillaoloa.

Tärkeintä on kiinnostus ”maan hiljaisia” kohtaan ja siitä nouseva erilaisten ryhmien tunnistaminen ja tieto keskeisistä ongelmista. Tämä tarkoittaa sitä, että asia otetaan strategiakeskusteluissa tosissaan huomioon. Tunnistetaan siihen liittyvä eettinen vastuu ja velvollisuus. Otetaan asia esille ja turvataan toimenpiteiden edellyttämät voimavarat. Maan hiljaisten asemaa voidaan parantaa ainakin seuraavilla systemaattisilla tavoilla.

- Hankkimalla lisää tietoa ihmisten arjesta tutkimusten ja tilastojen analyysin avulla, sekä erilaisilla huolen havaitsemisen menetelmillä (esim. sosiaalinen raportointi, Bikva-menetelmät, kansalaisfoorumit, verkostodialogiset menetelmät, alue- ja teemaseulat, sähköiset kyselyt aikuistuville nuorille ja tietenkin asiakaskyselyt).
- Laajalla verkostomaisella työllä muiden toimijoiden (eri hallintokuntien, järjestöjen ja seurakuntien) kanssa; esim. ennalta ehkäisevä työote. Sosiaali-työn sisältöön kuuluu havainnoida asiakaskunnan ja toimialueen elämäntilannetta, toimia ”asianajajana” ajankohtaisissa sosiaalisissa kysymyksissä, ottaa kantaa asioihin ja tuoda esiin ongelmia julkisesti ja yksityisesti. Sosiaalityöntekijöiden pitäisi olla ns. katutasen arjen asiantuntijoita. Tutkija Michael Lipsky on lanseerannut 1980-luvulla käsitteen ”street level bureaucracy”, joka korostaa julkisen sektorin etulinjassa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden, poliisin, opettajien jne. työtä ihmisten auttajina hyvinvointikoneiston ääripäässä, lähellä ihmisten arkea. Tästä voisi pitää esimerkkinä Helsingissä lähiturvatyötä. Työntekijät huomioivat tilanteen ympäristössään.
- Lisäämällä tutkimusta viranomaisten toimenpiteiden vaikuttavuudesta ja voimavarojen kohdentamisesta.

Sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto on rakennettu matalan kynnyksen monipuolisiksi toiminnoiksi. Palvelutarjonnan monipuolistumisen haittapuolena on kuitenkin palvelujärjestelmän byrokratisoituminen.

Sosiaaliviraston elämäkaaren vastuualueet kohtaavat eri tavoin helsinkiläisiä. Palvelujen piirissä olevien auttaminen on tietenkin tärkeää.

Neuvolan terveydenhoitajat jalkautuvat entistä useammin päiväkoteihin ja perhevalmennukset toteutetaan ryhmissä, niin että ryhmä jatkaa vielä vauvan syntymän jälkeen esimerkiksi leikkipuistojen sisätiloissa. Lasten päivähoidon piirissä on suuri osa lapsista ja lasten vanhemmista. Päivähoidossakin voidaan päivähoitolain hengessä tukea vanhempia vanhemmuudessa tulemaan Friedrich Froebelin hengessä ”paremmiksi vanhemmiksi lastentarhan avulla”.

Lapsiperheiden vastuualueella toimitaan laajasti varhaisen tuen hengessä. Varhainen tuki merkitsee sitä, että palvelutarjonnan matalan kynnyksen avulla ihmiset pääsevät jakamaan kokemuksiaan ja samalla saamaan ammatillista tietoa asiantuntijoilta. Varhaisen tuen työmuotoja on paljon. Näitä ovat esimerkiksi leikkipuistot, lapsiperheinen kotipalvelu, perheryhmät, perheneuvola ja erilaiset kehittämishankkeet. Tavoitteena on yhteisöllisyyden

tukeminen ja aikuisten ihmisten yhteisvastuun herättäminen lapsista ja nuorista.

Viranomaisten perinteinen vastaanotto toiminta ei kohtaa kaikkia avuntarvitsijoita. Entistä enemmän tulee panostaa etsivään työhön ja työntekijöiden tulee jalkautua. Syrjäytyvät ja uhanalaiset nuoret kohdataan muualla kuin terveyskeskusten vastaanotoilla. Heidät voi tavoittaa nuorisotaloilla, nuorisotapahtumissa ja kaduilla. Helsingissä on kymmenen vuoden ajan ollut etsivää nuorisotyötä ns. Katu-Luotsissa, jossa terveydenhoitaja ja nuorisotyöntekijä partioivat iltaisin ydinkeskustassa. Työn tulokset ovat olleet rohkaisevia.

Syrjäytymisvaarassa olevilla tai jo syrjäytyneillä helsinkiläistyöillä on mahdollisuus hakeutua matalan kynnyksen Tyttöjen Taloon saamaan apua ja tukea.

Päivystyspoliklinikat kohtaavat syrjäytyneitä päivittäin. Kiireisen hoitoyksikön työntekijöille on suuri haaste pysähtyä miettimään, minkälaista jatkohuoltoa ja -selvittelyä asiakas tarvitsisi päivystysyksikön hoidon lisäksi. Tällainen menettely edellyttää uudenlaisia lähestymistapaa.

Maahanmuuttajakysymykset ovat oma lukunsa. Maahanmuuttajia tulee tavata myös heidän omissa ryhmissään.

Sosiaaliviraston vanhusten palvelujen vastuualueella on kehitteillä sosiaalipalvelujen tarpeiden arvioinnin kehittäminen. Arviointi koskee kaikkia 80 vuotta täyttäneitä ja Kelan erityistukea saavia, jotka itse haluavat arviointia (itse, omainen jne.). RAI-mittaria on laajennettu osiolla, jossa huomioidaan vanhuksen sosiaaliset olot. Mittari on tarkoitettu kotihoidon ja sosiaali- ja lähityön työntekijöiden käyttöön. Mittari on oiva tapa saada tietoa ”maan hiljaisista”.

Mittaria on ehditty jo alustavasti kokeilla. Tulokset ovat hätkähdyttäviä. Turvattomuus ja yksinäisyys ovat kotona asuvien vanhusten ongelma. Ikäihmisillä on hoitamattomia terveysongelmia ja jopa 10 prosenttia arvion piiriin kuuluneista on kokenut kaltoin kohtelua; fyysistä, henkistä kaltoin kohtelua tai taloudellista hyväksi käyttöä.

Vanhusten palveluissa toteutetaan ehkäiseviä kotikäyntejä 75-vuotta täyttävillä. Alustavien tietojen mukaan noin kolmanneksella haastatelluista on palvelujen tarvetta. Työmuoto tuo vanhemmat ihmiset melkein yhtä lähelle auttajia kuin lasten päivähoito.

Tärkeää on, että fokusoidaan tekeminen; muotoillaan rohkeat ohjelmat, joiden avulla ryhdytään tuumasta toimeen. Hyvänä esimerkkinä tästä on pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisen toimenpideohjelma. Selvitetään asia yhdessä erilaisten toimijoiden kanssa, päätetään toimenpiteistä ja ryhdytään toimeen; pitkäaikaisasunnottomuus puolitetaan vuoteen 2011 mennessä ja poistetaan vuoteen 2015 mennessä.

Perusterveydenhuollon uusimmat haasteet ovat lasten ja nuorten hyvinvoinnin parantaminen, mielenterveyskuntoutujien elämän hallinnan ja laadun parantaminen, monikulttuuristen asioiden hallinta ja integroiminen terveydenhuollon toimintaan ja huumeiden käyttäjien korvaushoidon toteuttaminen suurissa kaupungeissa. Syrjäytymisen ehkäisyn hankkeiden tulee aina olla hallintokuntien välisiä yhteistyöhankkeita. Ylisektoriaalisessa yhteistyössä on voimaa.

Jotta tarpeisiin pystytään vastaamaan riittävällä asiantuntemuksella ja uudellaisilla työotteilla, edellyttää se henkilökunnan täydennyskouluttamista. Useissa kunnissa on esimerkiksi neuvoloiden terveydenhoitajille järjestetty varhaisen vuorovaikutuksen täydennyskoulutusta ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilökunnalle seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää koulutusta.

Kuluttajanäkemykset on tullut myös terveydenhuoltoon. Internetistä katsotaan valmiiksi terveydenhuollon palveluita ja niitä vaaditaan kovaäänisesti. Tämä on vaarallinen tie, jos lähdetään vastaamaan ”kovaäänisten” vaateisiin. Maan hiljaisten ääni katoaa kovaäänisten hälinään. (Ks. Etenen julkilausuma 1.7.2005 Arkielämän medikalisaatio eli lääketieteellistäminen ja julkaisut 15 ”Imago Dei” Ihminen - Jumalan kuva vai terveydenhuollon tuote (2005) sekä 18 Tarve terveydenhuollossa - kuka tai mikä määrittää (2006)).

Perusterveydenhuollon palveluiden tulee jatkossakin olla tasapuolisesti suunniteltuja ja eri väestöryhmille kohdennettuja sekä kunnan asukkaiden hyvinvoinnin tilaan ja terveystarpeisiin perustuvia. Perusterveydenhuollon palveluiden tulee olla turvallisia ja laadukkaita. Uusia toimintatapoja on löydettävä perinteisten rinnalle. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulee olla keskiössä.

Kunnan virkamiesten ja kuntapäättäjien on tunnettava kuntansa kulloisetkin maan hiljaiset. Tulevaisuudessa yhteiskunta ja yksittäiset kunnat kohtaavat haasteita, joista ei selvitä, ellei suhtauduta tosissaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Päätösten taustaksi tulee kerätä ajankohtainen tieto kunnan väestön sosiodemografisista oloista, hyvinvoinnin tilasta, sairastavuudesta, terveystarpeiden käytöstä, työttömyydestä ja muista erityispiirteistä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tulee nähdä laajasti; se koskettaa kaikkia kunnan toimintoja, ei ainoastaan kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Kuuluuko ihmisen ääni terveydenhuollossa?

Kuuluuko? Kuuletteko, kun puhun? Yleisötilaisuuden puhuja, joka ei ole varma ää-
nentoiston toimivuudesta, joutuu testaamaan äänensä kuuluvuutta yrittämällä eri tavoin
huhuilemalla saada yhteyden kuulijoihinsa. Puhuja ei kuitenkaan ole kiinnostunut vain
siitä, ovatko laitteet kunnossa, vaan sitäkin tärkeämpää on kiinnittää kuulijoiden huomio
itseensä ja herättää heissä halu kuunnella. Kysymys, kuuluuko ääneni, tarkoittaa oikeastaan,
haluattehan kuunnella ja ottaa vakavasti sen, mitä minulla on teille kerrottavana.

Kuuluuko ihmisen ääni terveydenhuollossa? Ihmisen ääni voi kuulua hiljaisena
valituksena, johon kaikki ovat niin tottuneet, että kukaan ei kiinnitä siihen mitään huomio-
ta, koska ääni kuuluu normaaliin taustakohinaan. Ihmisen ääni voi olla myös äänestä
huutoa tai kovaa sadattelua. Tällainenkin ääni kuuluu joskus myös terveydenhuollossa.
Kun kysymme, kuuluuko ihmisen ääni terveydenhuollossa, emme kysy, olisiko hiljaisten
valitettava lujempaa tai kannattaako kiroilu, vaan tuleeko ihminen kuulluksi, saako hän
apua ja otetaanko hänen tarpeensa huomioon. Onko terveydenhuolto suunniteltu ihmistä
varten ja toimiiko se ihmistä silmällä pitäen? On kysyttävä, kuuluuko potilaan ääni, mut-
ta tärkeää on myös kuulostella, kuullaanko terveydenhuollon työntekijöitä, lääkäreitä ja
hoitajia, ihmisiä, joiden työn varassa koko terveydenhuolto lepää? Onko terveydenhuolto
järjestetty niin, että työ on mielekästä ja motivoivaa, että ihmiset jaksavat tehdä sitä ja
arvostaa omaa osuuttaan siinä? Kuullaanko ja otetaanko terveydenhuollossa huomioon
myös kriittisen ihmisen ääni, joka kyseenalaistaa omaksuttuja menettelytapoja ja totunnaisia
ajatuskulkuja? On tärkeää kysyä, millä ehdoin ihmisen ääni kuuluu terveydenhuollossa ja
mikä estää sitä kuulumasta.

Terveydenhuollon kehittämiskeskustelussa joku esittää aina aika ajoin kyynisen
repliikin, jonka mukaan terveydenhuoltojärjestelmä voitaisiin saada toimimaan joustavas-
ti, tehokkaasti ja laadukkaasti yhdellä ehdolla. Terveydenhuoltojärjestelmästä voitaisiin
rakentaa täydellinen, jos se voisi lakata huolehtimasta potilaista ja keskittyä järjestelmän
kehittämiseen. Tällaisen heiton voi sivuuttaa naurahuksella, mutta kärjistyksen kuvaavat
joskus osuvasti todellisuutta.

Terveydenhuollon, niin kuin yhteiskunnan kaikkien muidenkin sektoreiden toimin-
taa on pyritty viime vuosina tehostamaan ja sen tuottavuutta on yritetty parantaa monin
tavoin. Tehostamisella ja tuottavuuden kohentamisella on joskus huono kaiku, mutta jos
niillä tarkoitetaan voimavarojen järkevää kohdentamista ja resurssien suuntaamista toi-
minnan päämäärän kannalta ensisijaisiin kohteisiin, kukaan rationaalinen ihminen ei voi
vastustaa niitä. Tuottavuuden kohentaminen näyttää välttämättömältä siitakin syystä, että
terveydenhuolto kohtaa alati vaikeutuvan resurssiongelman: yhä pienemmän työntekijä-
joukon täytyy huolehtia yhä lukuisammista ja aiempaa huonokuntoisemmista potilaista
samalla, kun järjestelmän ylläpitämiseen tarvittavat varat ovat vaarassa huveta aktiivi-
väestön suhteellisen osuuden pienentyessä ja kun tarjolla olevat hoidot näyttävät käyvän
yhä kalliimmiksi. Terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen näissä oloissa edellyttää, että
tarjolla oleva hoito kohdennetaan optimaalisesti niin, että annetaan oikeanlaista ja oikean-
tasoista hoitoa oikeaan aikaan, pidetään potilasta passivoivat hoitojaksot mahdollisimman
lyhyinä ja huolehditaan hoidettavien omien voimavarojen säilymisestä.

Tehokkaasti toimivassa, hyvin järjestetyssä organisaatiossa ei tehdä moneen kertaan samaa työtä, vaan jokainen tietää oman tehtävänsä ja saa keskittyä siihen, mitä hän parhaiten osaa ja mitä tekemään hänet on palkattu organisaatioon. Tällä perusteella on pyritty erottamaan toisistaan varsinaiset terveydenhuollon tehtävät hallinnollisista tehtävistä. Tavoitteeksi on asetettu, että terveydenhuollon ammattilaiset saavat keskittyä omaan työhönsä, ja johtamisen ja organisoimisen ammattilaiset saavat hoitaa hallinnolliset järjestelyt. Voi olla, että järjestelyllä on saavutettu monia etuja. Sillä näyttää kuitenkin olevan myös haittapuolia, joita ihanteelliseen asiantuntemukseen perustuvaan työnjakoon pohjautuvissa malleissa ei oteta huomioon. Terveydenhuollon henkilökunnalle, erityisesti lääkäreille näyttää kasaantuneen ja yhä kasautuvan erilaisia hallinnollistyyppisiä tehtäviä sen vuoksi, että monet yhteiskunnan takaamat palvelut, etuudet ja muut sellaiset edellyttävät lääkärinlausuntoa. Myös tutkimuksissa on voitu todeta, että suomalainen terveystieteiden lääkäri käyttää suuren osan työajastaan erilaisten lomakkeiden täyttämiseen ja lausuntojen kirjoittamiseen. Vaikka tämäntyyppisen hallinnollisen työn vähentämisestä on puhuttu vuosia, se ei näytä toteutuvan.

Eri hallinnonaloille on vuosien kuluessa säilytetty myös monenlaisia raportointi- ja tilastoimisvelvoitteita. Monet niistä ovat varsinaisen toiminnan kannalta tärkeitä, mutta on vakavasti kysyttävää, palvelevatko kaikki selvitykset todellakin terveydenhuollon perustehtävää. Kuinka suuri osa raporteista on kirjoitettava, koska sellainen kuuluu juuri nyt vallalla olevan – mutta muutaman vuoden kuluttua vanhentuneeksi havaitun – kehittämis-, tehostamis- tai laatuideologian mukaiseen ajattelutapaan? Kirjoitetaanko selvityksiä terveydenhuollon vai erilaisten kehittämiskonsulttien tarpeisiin? Mitä enemmän terveydenhuollon resursseja käytetään lomakkeiden täyttämiseen ja erilaisten muoti-ideologioiden edellyttämien raporttien laatimiseen, sitä vähemmän niitä liikenee ihmisten hoitamiseen.

Terveydenhuoltoa välittömästi koskevan ja hallinnollis-organisatorisen työn erottaminen toisistaan näyttää tuottavan toisenkin, yhä suuremmaksi käyvän ongelman. Johtamiskonsultit voivat esitellä sulavia linjaorganisaatiokaavioita, mutta koska he eivät tunne syvällisesti potilastyön ehtoja ja todellisuutta, suunnitelmilla ei ole todellisia onnistumisen mahdollisuuksia, vaan ne alkavat huonontaa työoloja ja heikentää motivaatiota. Terveydenhuollon henkilökunnan säästäminen hallintotyöltä ei saa tarkoittaa sitä, että ihmisten mahdollisuus suunnitella omaa toimintaansa ja järjestää se substanssiasiantuntemuksen kannalta parhaalla tavalla tuhoaan. Myös terveydenhuollossa sitoutuminen on sitä vähäisempää mitä heikommat mahdollisuudet ihmisillä on vaikuttaa omaan työhönsä ja järjestää se asiantuntemuksensa mukaisesti. Hyvässä terveydenhuollossa työntekijän ääni kuuluu ja sitä kuunnellaan.

Se, ettei terveydenhuollon ongelmia ratkaista tehokkaalla linjaorganisaatiolla tulee näkyviin myös päättömyyksistä, joita järjestelmä tuottaa: ihminen ei saa apua, koska hänen tarpeensa ei vastaa organisaation määrittelemiä toimenkuvia ja niiden mukaista palveluntarjontaa. Esimerkki elävästä elämästä: Eläkkeellä oleva opettaja oli suuressa leikkauksessa. Hänet kotiutettiin ja hänen luokseen tuli kaksi kotisairaanhoidon hoitajaa. Mikään asia, johon opettaja olisi kipeästi tarvinnut apua, ei kuitenkaan kuulunut kotisairaanhoidon määriteltyyn palvelupalettiin (työntekijät eivät poistuessaan voineet ottaa mukaansa edes roskapussia jättääkseen sen pihalla olevaan roska-astiaan). Onneksi hoitokäynti ei jäänyt aivan turhaksi, koska keksittiin, että hoitajat voivat levittää voidetta opettajan toispuoleisesti halvautuneen puolison selässä olevaan ihottumaan, mitä opettajan oli leikkauksen jälkeen vaikea itse tehdä. Tällaisia episodeja näytellään joka päivä Suomessa. Potilaan äänen kuulumista terveydenhuollossa voivat estää muutkin kuin organisatoriset tekijät. Heik-

kenevän huoltosuhteen yhteiskunnassa tehokas hoito edellyttää, että potilaat suhtautuvat myönteisesti hoitoon ja osallistuvat siihen, noudattavat terveydenhuollon ohjeita, ovat aktiivisia ja huolehtivat itsestään mahdollisimman pitkään. Iästä ja kunnosta riippumatta ihannepotilas osaa kuvata oireensa diagnoosin laatimisen kannalta adekvaatisti ja napakasti. Hän keskittyy hoitohenkilökunnan kanssa asioidessaan sairautensa ja sen hoidon kannalta relevantteihin seikkoihin. Jos hän joutuu sairaalahoitoon, hän osaa käyttäytyä tavalla, joka tekee hänen hoitamisensa helpoksi. Ihanneterveydenhuollossa tehokkaaksi trimmatun järjestelmän tavoitteita yksimielisesti toteuttava ihannehenkilökunta saa hoitaakseen tällaisia ihannepotilaita.

Terveydenhuollossa ei työskentele ihannehenkilökuntaa eivätkä sen potilaat ole ihannepotilaita vaan aivan tavallisia, sairaita ja apua tarvitsevia ihmisiä. Oma tai läheisen sairastuminen suistaa ihmisen useimmiten normaalin elämän raiteilta. Jo vilustumisen sekoittaa suunnitelmat ja muuttaa päivärhythmiä, ja vakavat sairaudet tai vammautuminen pakottavat usein radikaaliin elämänmuutokseen paitsi potilaan myös hänen läheisensä. Sairaus edellyttää sopeutumista ja sopeutumiseen kuluu aikaa. Muutoksessa ei ole kysymys vain elämäntapojen tai tottumusten muokkaamisesta, vaan ihminen joutuu usein rakentamaan uudelleen koko minuutensa ja identiteettinsä sekä asemoimaan itsensä aiemmasta poikkeavalla tavalla läheisiinsä ja omaan yhteisöönsä. Terveydenhuoltojärjestelmän tehtävä on olla ihmisen apuna ja tukena tällaisessa tilanteessa.

On kysyttävä, pystyykö tehokkuuden ja tuottavuuden näkökulmasta sulavaksi kehitetty järjestelmä toimimaan ihmisen apuna ihanteellisella tavalla? Tehokkuusajattelu voi johtaa paradoksiin: apua olisi annettava niille, jotka sitä eniten tarvitsevat, mutta jotka eivät ehkä hyödy siitä niin paljon kuin ne, jotka eivät ole yhtä suuren avun tarpeessa. Tehostamisen ohessa terveydenhuolto voi tulla asettaneeksi avuntarvitsijoille lausumattomia ehtoja, joita nämä eivät kykene täyttämään. Paras hoitotulos voidaan saada, jos ihminen on aktiivinen, reipas ja osallistuu omaan hoitoonsa täysimääräisesti, hänellä voidaan silloin sanoa olevan hoidon onnistumisen kannalta hyödyllisiä avuja. Eniten apua tarvitsevat kuitenkin ne, jotka ovat avuttomia, jotka eivät itse kykene huolehtimaan itsestään eivätkä kohentamaan tilaansa. Heitä ei ehkä kyetä kovinkaan ponnisteluun auttamaan kovin paljon. Kuuluuko myös heidän äänensä ja saavatko hekin apua?

Viimeisinä vuosinaan isäni oli ajoittain huonossa kunnossa eikä silloin selvinnyt kotihoitossa. Hänen vointinsa romahti kesämökillä, ja äitini vei hänet lähimmän keskussairaalan poliklinikalle. Päivystävä lääkäri totesi isän tarvitsevan sairaalahoitoa, ja keskussairaala tarjoutui ottamaan hänet potilaakseen. Koska oltiin vieraalla paikkakunnalla, hoidon aloittamiseen tarvittiin lupa kotikunnasta. Kotikaupunki kieltäytyi kuitenkin antamasta maksusitoumusta ja vaati potilaan kuljettamista satoja kilometrejä vakinaisen asuinkunnan poliklinikalle. Ambulanssimatkan jälkeen seurasi tuntien odottelu toisen sairaalan käytävällä. Kun lääkäri vihdoinkin saapui paikalle, hän ilmoitti välittömästi, että potilas voidaan kotiuttaa saman tien. Isäni ei ollut kokenut ambulanssimatkan aikana äkillistä ihmeparantumista, eikä aiemmin todettu, hoitoa edellyttävä tila ollut kohentunut, vaan kotiuttamispäätös perustui kotikunnan terveydenhuollossa noudatettuihin linjauksiin.

Suomessa on lainsäädännön avulla pyritty takaamaan kaikille terveydentilan edellyttämä riittävä hoito ja tukipalvelut. Monen kokemus on kuitenkin, että heitä ei kuulla eikä kohdella heidän sairautensa tai tarpeensa perusteella vaan järjestelmän ehdoilla. Tiedotusvälineissä on tämän tästä kafkamaisia tapauksia ihmisistä, jotka ovat joutuneet kuukaudesta toiseen jatkuvaan, näännyttävään taisteluun eri viranomaisten kanssa, käymään valtavaa paperisotaa ja uhraamaan aikaa ja voimia vuosia kestäviin valituskiertoiksi eri

instansseissa vain siitä syystä, että he ovat yrittäneet saada itselleen tai läheisilleen lakeihin kirjattuja tukia tai apuvälineitä. Lainsäädännöstä huolimatta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan piilotavoitteeksi voi tulla mahdollisimman monen anomuksen epääminen, varojen säästäminen, hoitoaikojen ja -jaksojen minimoiminen, laatumittareiksi tilastoitavien suureiden silmällä pitäminen tai jokin muu organisaatioteoreettinen tai tehokkuusajattelun mukainen päämäärä eikä ihmisten auttaminen heidän hädässään ja tarpeessaan. Silloin kun näin pääsee käymään, olisi todellakin parempi, että terveydenhuoltoa voitaisiin kehittää sen omilla ehdoilla, ilman potilaita. Jos hoitoa voivat saada ensisijaisesti ne, joilla on rahaa, jotka kykenevät pitämään itsestään ääntä ja vaatimaan tai ne, joilla on tarpeeksi sinnikkäät puolestapuhujat, ihmisen ääni ei kuulu terveydenhuollossa.

Rahaa ja resursseja jakamalla voidaan saada paljon aikaan. Rajattomatkaan voimavarat eivät kuitenkaan takaa sitä, että ihmisen ääni kuuluisi ja sitä kuunneltaisiin. Myös niukkenevien resurssien terveydenhuollossa ihmisen ääni voi kuulua. Ratkaisevaa on asenne: päättäjien, työntekijöiden ja potilaiden oma halu kuunnella ihmisen ääntä, tunnustaa että olemme toisistamme riippuvaisia ja tarvitsemme toisiamme, että jokaisen toisen hyvä on keskeinen osa minun omaa hyvääni. Ihmisen äänen kuulumista auttaa se, että suunnitelmat ja kaaviot pannaan välillä syrjään ja muistetaan, että me olemme kaikki ihmisiä ja että ihmisen ääni on loppujen lopuksi hauras ja heikko. Se on kuolevaisen ääni.

Hippokrates ja maan hiljaiset

Tämän puheenvuoron otsikko on salaperäinen, sillä siinä kohtaavat kaksi toisistaan hyvin kaukana olevaa tuntematonta tekijää: Hippokrates, josta tiedämme hyvin vähän, ja maan hiljaiset, josta kuvittelemme niin paljon, mutta jotka tunnemme niin huonosti.” Hän oli hyvin yksinäinen ihminen. Siksi niin harvat tietävät sen”, kirjoitti Claes Andersson.

Hippokrateesta ei ole säilynyt yhtään aikalaisten tekemää kuvaa eikä kukaan tiedä, minkälaisissa tiloissa hän paransi ja opetti. Hippokrates ei kuitenkaan ole legenda, vaan aito historiallinen henkilö - varmaan aikansa kuuluisin opettaja, syntynyt, elänyt ja kuollut 400-500 vuotta ennen ajanlaskumme alkua.. Niin kuin kaikki tiedämme hippokraatit loivat havaintoihin perustuvan lääkintätaidon ja perustivat koko hellenistisen maailman tärkeimmän lääkärikoulun. Se oli aikansa opetuksen ja tutkimuksen huippuyksikkö. Oivallus, että sairauksien syyt ovat luonnollisia ja tästä maailmasta eivätkä ylimaallisia merkitsi tieteellistä vallankumousta. Lääkärivalaan kootut lääkintäetiikan periaatteet olivat toisenlainen vallankumous parantajan työssä.

Entäpä nuo maan hiljaiset, missä he ovat ja keitä he ovat? Mieleeni tulee Tsehovin novelli varkaat: ”miksi ja mistä syystä, ajatteli välskäri, ihmiset jakavat toisensa raittiisiin ja juoppoihin, virassa oleviin ja virasta erotettuihin? Miksi raitis ja kylläinen nukkuu kaikessa rauhassa kotonaan, mutta juopon ja nälkäisen pitää harhailla kodittomana pitkin peltoja. Miksi hänen, joka ei ole virassa eikä saa palkkaa täytyy olla nälkäinen... Kuka näin on keksinyt? Miksi taivaan linnut ja metsän pedot eivät hoida virkoja eivätkä saa palkkaa, mutta silti elävät iloisina ja tyytyväisinä?”

Tähän tsehovilaiseen tunnelmaan sopii hyvin HS:sta poimittu tuore uutinen:

Alkoholin hinnanlasku on lisännyt erityisesti huono-osaisten sairastumista ja kuolemia. Helsingin yliopiston tutkimuksen mukaan alkoholikuolleisuus on lisääntynyt muun muassa työttömillä ja vähän koulutetuilla, kun taas työssäkäyvillä se on pysynyt ennallaan.

Tamperelainen julkioikeuden professori Arvo Myllymäki arvioi maan hiljaisten olemusta ja asemaa jotenkin tähän tapaan: ”Kolmasosa väestöstä, lapset, vanhukset, pitkäaikaistyöttömät, vammaiset sekä huume- ja alkoholiongelmaiset, on jäämässä pahasti paitsioon. Niistä, jotka jaksavat huutaa pidetään kyllä huolta, mutta maan hiljaisten oikeuksista ei kukaan kannu vastuuta.”

Tässä retoriikassa maan hiljaiset ovat yhtenäisen harmaa joukko joitakin muita eikä meitä. Totta tietenkin on, että joukossamme on avuttomia ja hädän alaisia, yksinäisiä ja elämän valtavirrasta syrjään joutuneita puutteessa eläviä kansalaisia, juoppoja ja kulku-reita. Heitä ei auta yhtään, että valtaosa suomalaisista lapsista voi hyvin niin kuin suuri osa vanhusten kirjavasta ja hyvin eri-ikäisestä joukosta. Totta on sekin, etteivät tällaiset populistiset yleistyksen autta ketään - ainakaan maan hiljaisia.

Maan hiljaisilla ajattelen tässä niitä lääkärin tontille kuuluvia hauraita kanssakulkijoita, jotka eivät saa sellaista ammattiapua, joka soisi heille hyvän elämän mahdollisuuden.

Ensimmäiseksi on sanottava, että terveys on hyvin epädemokraattinen hyve. Sairaudet syntyvät perimän ja ympäristön yhteisvaikutuksesta siinä elinympäristössä, missä ihminen kehittyi, kasvaa ja aikanaan kuolee. Perimällemme emme mahda mitään eikä kasvuympäristöään kukaan voi valita. Hyvän elämän ainekset ovat siten hyvin erilaiset ja sosiaalinen alkupääoma jakaantuu epätasaisesti. Tästä seuraa, että toinen on toista heikompi. Vaikka omilla valinnoilla on suuri merkitys terveyden ylläpitämisessä ja sairauksien ehkäisemisessä, ihminen ei ole oman terveytensä onnen seppä – ainakaan kokonaan. Jos kortit ovat kehnot ja elämä murjoo ankarasti, voimat eivät riitä terveyden ylläpitämiseen. Vaatimukset, että jokainen vastatkoon omasta terveydestään, ovat vahvojen vaatimuksia.

Elinajan odote on jatkuvasti pidentynyt kaikissa sosiaaliluokissa, mutta ryhmien väliset erot ovat suurentuneet. Hyvin koulutetun 35-vuotiaan elinajan odote on miehillä nyt lähes kuusi vuotta ja naisilla runsaat kolme vuotta pitempi kuin peruskoulun käyneillä ikätovereillaan. Alueelliset erot terveydessä ovat niin ikään säilyneet suurina. Terveyspalvelujen käyttö ei toteudu reilulla tavalla. Palveluja käyttävät vähiten ne hiljaiset sairaat, jotka tarvitsisivat niitä eniten – ja maksavat palveluistaan vielä suhteellisesti eniten. Markkinat toimivat vahvojen ehdoilla; terveille ja voimakkailla on ehdotettu taloudellisia bonuksia ja heikoimmilla sanktioita. Työssä käyvät terveet kansalaiset saavat ilmaisen hoidon, työttömät maksavat itse hoitonsa – jos jaksavat.

Eivät lääkäritkään ole varjeltuneet markkinataudin tartunnalta. Kilpailu potilaista vapailla markkinoilla ärhäkkään mainonnan avulla, lääkärikeskusten listautuminen pörssiin ja toiminta tuntemattomien sijoittajien ehdoilla eivät ole omiaan herkistämään lääkäreiden kuuloa maan hiljaisten äänille.

Opetus – etenkin vanhoissa yliopistoissa – on kovin tautikeskeistä ja ihannoit teknologiaa. Siellä potilaat ovat irrallaan elinympäristöstään diagnostisina ongelmina tai teknisten hoitotoimien kohteina – ja opiskelijat erossa ympäröivästä yhteiskunnasta. Kovin kaukana taitavat olla myös yliopiston opettajien ajatukset siitä arkisesta todellisuudesta, mistä potilaat tulevat ja mihin he aikanaan palaavat. Lääkäreiden oman arvion mukaan koulutusputkesta syntyy kohtuullisen hyvin klinikoita, mutta ammattiosaamisen yleisivistyksellinen kerros on ohut. Humanistinen elämänasenne ja työn kutsumusluonne, sosiaalisen oikeudenmukaisuuden vaatimus ja lähimmäisen rakkauden merkitys eivät taida oikein avautua lääkärikoulussa.

Hatariksi jäävät ne osaamisen, ymmärryksen ja auttamisen alueet, missä pelkistetyt biotieteen suomat tekniset menetelmät eivät riitä. Nämä asenteet ilmenevät muodikkaassa, kapea-alaisessa ekokulttuurisesta ympäristöstä irrotetusta keikkailukulttuurissa. Siinä vastaanottopöydän ääreen piipahtaneen lääkärin katse lukkiutuu sairauteen, potilas jää sivustakatsojaksi, ja tärkeä kohtaaminen etäännyy kauas siitä todellisuudesta, jossa sairaus on syntynyt ja jossa sairasta pitäisi hoitaa. Ellei tunne paikallista kulttuuria ja tapoja, ihmisiä ja elämänmuotoja, hoito ei onnistu.

Näin emerituspiispa: ”Lääkäri kuulee lapsen ensimmäisen parahduksen ja viimeisen äänen – kuolinkorahduksen. Näiden välinen aika on lääkärin työkenttää. Monenlaiset äänet kuuluvat, mutta onko lääkäri kuullut sen ihmisen äänen, jota hänet on kutsuttu auttamaan.” Siinäpä se. Kaikki me kuuntelemme, mutta erotammeko hiljaiset äänet vahvoista, kaikki me kyllä katselemme, mutta näemmekö totuuden, ja aina me järkeilemme, mutta miten on ymmärryksen laita?

Kysymys on lääketieteellisessä ihmiskäsityksestä ja ammatillisen sivistyksen syvyydestä, kuuntelemisen lahjasta ja kärsimyksen sisäistämisestä. Kärsimyksestä kyllä puhutaan

paljon, mutta sen syvällinen ymmärtäminen ja merkityksen pohdinta lääketieteessä ovat jääneet kesken – ja lääkäriskouluissa muun opetuksen katveeseen.

Jokainen sairaus uhkaa ihmisen eheyttä, muuttaa hänen suhtautumista itseensä ja ympäristöön ja aiheuttaa riippuvuutta toisesta. Ihmisessä voi olla taudiksi määriteltyjä rakenteellisia vikoja tai toiminnallisia häiriöitä, mutta vain ihminen itse voi sairastaa ja olla sairas. Tämä on ihmislähtöisen holistiseksi kutsutun lääkintätaidon ydinasia erotuksena tautikohtaisesta lähestymistavasta. Sairauden aiheuttamat oireet ja sairaan ihmisen kärsimykset ovat yksilöllisiä ja sisällöltään ainutlaatuisia kokemuksia. Ne ovat potilaan todellisuutta, yhtä tosia, kuin lääkärin tekemät havainnot. Toisen kärsimyksiä ulkopuolinen ei voi mitata eikä hänen sisäiseen maailmaan voi pujahtaa, mutta niiden laatua ja voimakkuutta voidaan arvioida potilaan ilmeiden, eleiden ja tarinoiden välityksellä ja merkitystä ymmärtää eläytymällä hänen asemaansa. On sanottu, että aina kun väheksymme toisen kärsimyksiä, menetämme jotain omasta inhimillisyydestämme.

Nykyisessä välineellisten arvojen maailmassa yksilön edut menevät helposti yhteisen hyvän edelle, hyveet muuttuvat hyödykkeiksi, ja taloudelliset arvot korostuvat. Tässä ristiriitaisten arvojen maastossa lääkärin ei ole helppo suunnistaa. Miten voi olla yhtä aikaa parantajana potilaan asialla ja samalla häntä vastapäätä yhteiskunnan asialla, miten tavoittaa hiljaiset äänet taustakohinasta, miten voi olla yhtä aikaa etäinen asiantuntija ja läheinen haavoittuva ihminen, miten voi olla yhtä aikaa ihmisyyden ydintä etsivä humanisti ja tunnontarkka yksityiskohtiin paneutuva luonnontieteilijä? Vielä olisi oltava ei-kenenkään lääkäri – puolueeton asiantuntija, joka etsii totuutta ja tavoittelee yhteistä hyvää.

Entäpä Hippokrates, mikä olisi hänen neuvonsa? Varmaan hän sanoisi, että ”ensisijalle on aina asetettava potilaan paras. Jos se voidaan saavuttaa monella tavalla, on valittava vähiten haitallinen. Tämä on lääkintätaidon mukaista ja kunniakkainta jokaiselle, joka ei ahnehdi kansan suosiota väärällä rahalla.”

Yhteisöeettisiä ongelmia ei hippokraatikoilla kuitenkaan ollut, sillä sen aikaiset eettiset velvoitteet kohdistuivat vain niihin kansalaisiin, jotka tulivat heidän hoitoonsa, eikä lääkärin tarvinnut ottaa huomioon muita samassa asemassa olevia. Sitä paitsi: lääkärit hoitivat vain vapaita kansalaisia. Orjilla oli omat oppimattomat parantajansa. Kun lääkärin työn tavoitteena oli täydellinen harmonia, mikä tarkoitti terveyttä, eettisesti oikeaa ja esteettisesti kaunista, etiikka kielsi toivottomien tapausten hoidon. Koska kuolema oli luonnollisen harmonian ulkopuolella, potilaiden kuolema ei ollut lääkäreiden asia, eivät vammaiset eikä vakavasti sairaiden hoito. Näin lääkäri saattoi vapautua epäonnistumisen taakasta ja keskittyä niihin potilaisiin, joita luonnon parantavat voimat auttoivat. Hippokrates ei siis kelpaa esimerkiksi suhtautumisessa vähäväkisiin ja maan hiljaisiin tai parantumattomasti sairaisiin.

Albert Einstein on sanonut, että koulutuksen tavoitteena on kasvattaa ”riippumattomasti ajattelevia ja toimivia yksilöitä, jotka näkevät yhteisön palvelemisessa elämän korkeimman saavutuksen.” Tässä välineellisten arvojen kovassa maailmassa, hyvän ja pahan, elämän ja kuoleman näyttämöllä luonnontieteiden ja humanismin siltana lääketieteellä on aitiopaikka. – Lääkäreillä on asiantuntemuksen suoma arvovalta, tieteelliseen tutkimukseen perustuva ymmärrys ihmisen käyttäytymisestä ja se ainutlaatuisen arvokas tieto elämän arjesta, jota lääkäreille kertyy potilaiden tarinoiden kautta. Siksi toivoisi, että professio käyttäisi hyväksi tätä ymmärrystä ja ainutlaatuista tietoaarrettaan kanssakulkijan terveyden edistämiseksi osallistumalla nykyistä enemmän yhteiskunnalliseen keskusteluun ja toimimalla paremman ja oikeudenmukaisen maailman puolesta. Juuri nyt Kauhajoen kauhujen ilmapiiirissä kaivataan lääkäreiden yhteistä ääntä, rohkaisevia sanoja ja toivon viestiä.

Tieteen käsitykset muuttuvat tiedon karttumisen myötä ja menetelmät kehittyvät, mutta lääkintätaidon humanistinen ydin, lähimmäisen rakkaudeksi kutsuttu altruismi on pysyvä arvo. Sen ympärille kaikki kiertyy. Ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus on kaikkien toisiin ihmisiin kohdistuvien toimien moraaliperusta. Kristillis-humanistisen elämäkäsityksen mukaan jokaisella ihmisellä on synnynnäinen ja yhtäläinen ihmisarvo. Näin Matteuksen evankeliumissa.

Kauniisti sanottu. Jos laiminlyö yhdenkin näistä maan hiljaisista, menettää jotain olennaista ihmisyydestä ja loukkaa koko palveluyhteisöä. Olisiko tässä hyvä viesti ETENE:n seuraavalle kymmenvuotiskaudelle.

ETENE:n jäsenet ja varajäsenet 12.10.2006-30.9.2010

Puheenjohtaja:

VTT Markku Lehto
Helsinki

Varsinaiset jäsenet:

Ekonomi Jyrki Pinomaa
Kuntokallio-Säätiö, Helsinki

Toimittaja Mardy Lindqvist
Helsinki

Johtajaylilääkäri Timo Keistinen
Vaasan sairaanhoitopiiri, Vaasa

Ylilääkäri Leena Niinistö
Katriinan sairaala, Vantaa

Psykologi Pirkko Lahti
Helsinki

Professori Helena Leino-Kilpi
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Koulutussuunnittelija Aira Pihlainen
Helsingin kaupunki

HLL Heikki Vuorela
Helsinki

Ylilääkäri Jaana Kaleva-Kerola
Länsi-Pohjan keskussairaala, Kemi

Tutkimus- ja verkostojohtaja Irma Pahlman
Kuopion yliopisto

Hallintoneuvos Anne Niemi
Korkein hallinto-oikeus, Helsinki

Professori Raimo Sulkava
Kuopion yliopisto

Professori Jyrki Jyrkämä
Jyväskylän yliopisto

Sairaalapastori Paavo Juvonen
Joensuu

Kansanedustaja Hannakaisa Heikkinen
Eduskunta

Kansanedustaja Ilkka Kantola
Eduskunta

Kansanedustaja Erkki Virtanen
Eduskunta

Kansanedustaja Sirpa Asko-Seljavaara
Eduskunta

Varapuheenjohtaja:

Professori Jaana Hallamaa
Helsingin yliopisto

Varajäsenet:

Lakimies Mirva Sandelin
Tampere

Kuntoutussuunnittelija Markku Lehto
Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki

Pääsiihteeri Harri Vertio
Syöpäjärjestöt, Helsinki

Apulaisjohtaja Kari-Pekka Martimo
Mehiläinen työterveyspalvelut, Helsinki

Farmaseuttinen johtaja Sirpa Peura
Apteekkariliitto, Helsinki

Terveystenhoitaja Anna-Leena Brax
Vieskan th-kuntayhtymä, Alavieska

Dosentti Päivi Rautava
Turun kaupunki

Erikoislääkäri Raimo Puustinen
Pihlajalinna Oy, Tampere

Erikoislääkäri Kari Eskola
Keuruun terveyskeskus

Lakimies Anna Mäki-Petäjä-Leinonen
Alzheimer-keskusliitto, Helsinki

Hallintoneuvos Irma Telivuo
Korkein hallinto-oikeus, Helsinki

LT Minna Raivio
Lääkärikeskus Hemo, Lahti

Dosentti Helka Urponen
Lapin yliopisto, Rovaniemi

Teologi, kirjailija Jaakko Heinimäki
Helsinki

Kansanedustaja Håkan Nordman
Eduskunta

Kansanedustaja Anneli Kiljunen
Eduskunta

Kansanedustaja Kirsi Ojansuu
Eduskunta

Kansanedustaja Eero Akaan-Penttilä
Eduskunta

Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto:

pj, professori Heikki Ruskoaho
Oulun yliopisto

vpj, professori Helena Kääriäinen
Kansanterveyslaitos

- 1 Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. (2001)
ISBN 952-00-1077-7
- 2 Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och sjukvården. (2001)
ISBN 952-00-1078-5
- 3 Shared Values in Health Care, Common Goals and Principles. (2001)
ISBN 952-00-1078-3
- 4 Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. (2001)
ISBN 952-00-1086-6
- 5 Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998-2002. (2002)
ISBN 952-00-1257-5
- 6 Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. (2002)
ISBN 952-00-1269-9
- 7 Tukija 1999-2002. ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (2003)
ISBN 952-00-1299-0
- 8 Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. (2003)
ISBN 952-00-1435-7
- 9 Vård i livets slutskede. Promemoria utgiven av riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). (2003)
ISBN 952-00-1436-5
- 10 Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä. (2004)
ISBN 952-00-1458-6
- 11 Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. (2005)
ISBN 952-00-1642-2 (nid.)
ISBN 952-00-1643-0 (PDF)
- 12 Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ja ETENE:n lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (TUKIJA). (2005)
ISBN 952-00-1815-8 (nid.)
ISBN 952-00-1816-6 (PDF)
- 13 Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) och den medicinska forskningsetiska sektionen (TUKIJA) inom ETENE. (2005)
ISBN 952-00-1824-7 (inh.)
ISBN 952-00-1825-5 (PDF)
- 14 The National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE) and ETENE's Sub-Committee on Medical Research Ethics (TUKIJA). (2005)
ISBN 952-00-1826-3 (pb)
ISBN 952-00-1827-1 (PDF)
- 15 "Imago Dei" – Ihminen, Jumalan kuva vai terveydenhuollon tuote? (2005)
ISBN 952-00-1884-0 (nid.)
ISBN 952-00-1885-9 (PDF)

- 16 TUKIJA 2002-2006, ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto.
(2006)
ISBN 952-00-2206-6 (nid.)
ISBN 952-00-2207-4 (PDF)
- 17 Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2002-2006. (2006)
ISBN 952-00-2212-0 (nid.)
ISBN 952-00-2213-9 (PDF)
18. Tarve terveydenhuollossa. Kuka tai mikä määrittää? (2007)
ISBN 978-952-00-2329-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2330-0 (PDF)
19. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. (2008)
ISBN 978-952-00-2570-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2571-7 (PDF)
20. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. (2008)
ISBN 978-952-00-2572-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2573-1 (PDF)
21. Värdeetik på ålderns höst. Rapport från den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). (2008)
ISBN 978-952-00-2667-7 (inh.)
ISBN 978-952-00-2668-4 (PDF)
22. Old age and ethics of care. Report of the National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE). (2008)
ISBN 978-952-00-2669-1 (pb)
ISBN 978-952-00-2670-7 (PDF)
23. Miten käy maan hiljaisten. ETENE:n 10-vuotisjuhlaseminaari 8.10.2008.
(2008)
ISSN 1797-9889
ISBN 978-952-00-2728-5 (PDF)