

*Autonomia ja heitteillejätö -*  
**eettistä rajankäyntiä**

---

*ETENE:n 4. kesäseminaari*  
*Helsinki, 18. elokuuta 2003*

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)  
SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

---

**Helsinki 2004**

## TIIVISTELMÄ

Autonomia ja heitteillejätö - eettistä rajankäyntiä. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 4. kesäseminaari, Helsinki, 18. elokuuta 2003, 37 s. (ETENE-julkaisuja, ISSN 1458-6193;10) ISBN 952-00-1458-6

Lokakuun alussa 2002 toimintakautensa alkanut uusi Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta järjesti ensimmäisen sisäisen seminaarinsa itsemääräämisoikeudesta ja heitteillejätöstä sekä niiden suhteesta toisiinsa. Erityistä huomiota kiinnitettiin sairauksiin ja tiloihin, jotka usein leimataan itse aiheutetuiksi. Terveydenhuollon resurssien rajallisuuskeskustelussa on esitetty, että potilaiden tulisi kantaa vastuunsa näiden tautien hoidon kustannuksista siksi, että he ovat myötävaikuttaneet omilla elämäntavoillaan tai valinnoillaan sairauden puhkeamiseen. Keskusteluissaan ETENE päätyi seuraaviin johtopäätöksiin:

1. Käsite "itse aiheutettu sairaus" on harhaan johtava ja siitä pitäisi luopua.
2. Ihmisen osuus sairauden syntymekanismissa ei saa vaikuttaa hänelle annettavaan hoitoon. Potilasta sen sijaan kuuluu informoida hänen elintapojensa vaikutuksesta sairauden syntyyn, ennusteeseen ja hoitoon.
3. Monet sairaudet, oli niiden syntymekanismi mikä tahansa, aiheuttavat ihmisille suuria kärsimyksiä. Sairauksien ennalta ehkäisy on useimmiten edullisempaa yhteiskunnalle kuin sairauksien hoito. Sen tähden pyrkimyksiä sairauksien ehkäisyyn pitää lisätä ja tukea.
4. Sairauksien ennalta ehkäisyssä ihmisen omaa vastuuta voidaan korostaa, mutta on tärkeää tunnustaa myös se, että sairastumista ei voi hallita. Kun ihminen sairastuu, häntä ei itsemääräämisoikeuden varjolla saa hylätä tai syrjäyttää.
5. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja heitteillejätön raja monien sairauksien kohdalla on epäselvä. Hyvinvointiyhteiskunnan tehtävänä on pitää riittävää huolta niistä, joilla ei ole omia voimia ja mahdollisuuksia huolehtia hyvinvoinnistaan, terveydestään ja sairauksistaan.

Asiasanat: arvot, autonomia, etiikka, heitteillejätö, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, priorisoiminen, tasa-arvo, terveydenhuolto

## SAMMANFATTNING

Autonomi och utsättande och övergivande – etisk gränsdragning. Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). 4 sommarseminariet, Helsingfors 18.8.2003, 37 s. (ETENE-publikationer, ISSN 1458-6193;10) ISBN 952-00-1458-6

Den nya Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården som börjat sin mandatsperiod i början av oktober 2002 höll sitt första interna seminarium om självbestämmanderätt och utsättande och övergivande, samt om deras relation till varandra. Speciell uppmärksamhet fästes vid sjukdomar och tillstånd, som ofta stämplas som självförvållade. I diskussioner rörande hälsovårdens begränsade resurser har det framförts att patienterna bör ta ansvar för kostnaderna som sjukdomarna medför, för att de med sina egna levnadssätt och val har medverkat till att sjukdomen bryter ut. I sin diskussion kom ETENE till följande slutsatser:

1. Begreppet “självförvållad sjukdom” är missledande och borde förkastas.
2. En människas andel i en sjukdoms uppkomst får inte påverka vården. I stället bör patienten informeras om hur hans levnadssätt påverkar sjukdomens uppkomst, prognos och vård.
3. Många sjukdomar, oberoende av deras uppkomssätt, orsakar stort lidande för människor. Förebyggande av sjukdomar är oftast förmånligare för samhället än vårdandet av sjukdomar. Därför bör strävan att förebygga sjukdomar befrämjas.
4. Man kan betona människans eget ansvar som gäller förebyggande av sjukdomar, men det är också viktigt att medge, att man inte kan behärska insjuknande. Då en människa insjuknar, får man inte p.g.a. självbestämmanderätten överge eller förskjuta.
5. Gränsen mellan respekt för självbestämmanderätt och utsättande och övergivande är diffus i många sjukdomar. Valfärdssamhällets uppgift är att ta hand om dem, som inte har egna krafter och möjligheter att sköta om sin egen välfärd, hälsa och sjukdom.

Nyckelord: autonomi, etik, hälsovård, jämlikhet, prioritering, rättvisa, självbestämmanderätt, utsättning, vården

## SUMMARY

Borderline between autonomy and abandonment from the ethical point of view. The National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE). 4<sup>th</sup> summer seminar on 18 August 2003, 37 p. (ETENE-publications, ISSN 1458-6193;10) ISBN 952-00-1458-6

The National Advisory Board on Health Care Ethics whose term started at the beginning of October 2002 arranged its first summer seminar in August 2003 on the theme self-determination and abandonment and the relation between them. Particular attention was paid to illnesses and conditions that are often labelled as self-induced. It has been suggested when discussing about the limited scope of health care resources that patients should themselves bear responsibility for the costs of treatment of these diseases, since they have by their own lifestyles or choices contributed to the outbreak of the disease by their own lifestyles or choices. In its discussions the Advisory Board arrived at the following conclusions:

1. The concept “self-induced illness” is misleading and its use should be abandoned.
2. A person’s contribution to the originating mechanism of an illness may not affect the care provided to him or her. On the other hand, the patient must be informed about the impact of his or her lifestyle on the origin of the illness, its prognosis and treatment.
3. Many illnesses, whatever their origin, cause people a great deal of suffering. Prevention of illnesses is in most cases more advantageous to society than their treatment. Therefore it is necessary to increase and support the attempts to prevent illnesses.
4. People’s own responsibility for the prevention of illness can be emphasised, but it is important to recognise that one cannot control whether one becomes ill or not. When a person falls ill, he or she may not be abandoned or excluded under cover of the right of self-determination.
5. The borderline between respect for the right of self-determination and abandonment is vague in regard to many illnesses. The duty of a welfare society is to take adequate care of those who have no strength and opportunity to take care of their well-being, health and illnesses.

Key words: abandonment, autonomy, equality, ethics, health care, justice, priority setting, self-determination, values



# SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä .....	3
Sammandrag .....	4
Summary .....	5
Autonomia ja heitteillejättö - eettistä rajankäyntiä .....	9
<i>Elämänvalinnat ja vastuu</i> .....	9
<i>Itse aiheutettu sairaus</i> .....	10
<i>Sosioekonomiset erot ja terveys</i> .....	10
<i>Itsemääräämisoikeus ja riippuvuus</i> .....	11
<i>Itsemääräämisoikeus psykiatrisessa hoidossa</i> .....	11
<i>Johtopäätökset</i> .....	11
Terveydenhuollon etiikka ja valinnat aikamme peilissä <i>Martti Lindqvist</i> .....	13
<i>Sosiaaliset erot suomalaisten terveyden kehityksessä</i> <i>Seppo Koskinen</i> .....	16
<i>Sosioekonomisten terveyserojen kehitys</i> .....	16
<i>Siviilisäätyjen välisten terveyserojen kehitys</i> .....	17
<i>Mistä terveyden eriarvoisuus johtuu?</i> .....	17
<i>Tulevaisuudennäkymiä</i> .....	18
<i>Terveyserojen kaventaminen</i> .....	19
Terveydenhuoltohenkilöstön pakkorako <i>Juha Siltala</i> .....	22
Ihmisen vastuu elämänvalintojensa seurauksista <i>Jaana Hallamaa</i> .....	24
Itsemääräämisoikeuden ja heitteillejätön raja psykiatrisessa hoidossa <i>Markku Lehto</i> .....	27
<i>Näkökulmia psykiatrian määritelmiin</i> .....	27
<i>Itsemääräämisen ja heitteillejätön rajan liikkumisesta psykiatrisessa hoidossa</i> .....	28
<i>Mielenterveyskuntoutuksen kehittämiskeskuksen malli kuntoutumisen prosessista</i> ....	28
<i>Eettisiä ongelmatilanteita</i> .....	29
Pakko ja hoidon rajat päihdeongelmaisten hoidossa <i>Rauno Mäkelä</i> .....	30
Aitoa priorisointikeskustelua vai asiatonta moralisointia? <i>Heta Gylling</i> .....	34
ETENE:n jäsenet ja varajäsenet 1.10.2002-30.9.2006.....	36
ETENE-julkaisut .....	37



# AUTONOMIA JA HEITTEILLEJÄTTÖ - EETTISTÄ RAJANKÄYNTIÄ

ETENE:n vuoden 2003 seminaarin aiheenvalinnan taustalla on havainto kahden eettisen keskustelun välisestä jännitteestä, jopa ristiriidasta. Toisaalta korostetaan voimakkaasti ihmisen itsemääräämisen tärkeyttä sekä elämäntapojen valinnoissa että hoitopäätöksissä. Toisaalta kritisoidaan ihmisten yksinäistymistä, passivoitumista ja heidän jäämistään syrjäytyneinä heitteille ilman tarvitsemaansa hoitoa. On vaadittu viitaten terveydenhuollon resurssien rajallisuuteen, että hoitoon pääsyssä ja hoidon toteuttamisessa pitäisi ottaa huomioon se, miten ihminen on omilla valinnoillaan vaikuttanut hoidon tarpeeseensa. Joidenkin ihmisten käsitysten mukaan hoidon tarpeensa aiheuttanut ihminen voitaisiin jättää vähemmälle hoidolle tai jopa hoidotta. Toinen mahdollisuus heidän mielestään olisi panna hänet maksamaan oma hoitonsa osittain tai kokonaan.

Valitettavan yleistä on sotkea vastuu- ja syyllisyyskeskustelu toisiinsa. Jonkin ilmiön syy ja syyllisyys kyseisen ilmiön esiintymiseen mielletään helposti samaksi asiaksi. Silloinkin kun tätä ei ole tarkoitettu, potilaan kokemuksessa nämä asiat voivat yhdistyä ja näin syntyy häpeää, leimautumista, riippuvuutta, passivoitumista ja eristäytymistä. Kuitenkin terveydenhuollon tavoitteena on auttaa ihmisiä yhä paremmin kantamaan vastuuta elämästään ja välittämään itsestään. Se hyvin harvoin onnistuu sellaisessa ahdistuneessa ja epäluottavassa ilmapiirissä, joka yleensä syntyy ja vahvistuu syyllisyyskeskustelun yhteydessä. Turvallisuuden tunne kasvaa uskosta, ettei ihminen joudu hylätyksi vaan saa hyvää kohtelua ja tarvitsemaansa hoitoa.

## *Elämänvalinnat ja vastuu*

Elämänvalinnoista voidaan puhua mielekkäästi vain jos voidaan osoittaa ihmisen vastuullisuus ja riittävä tiedon taso. Lisäksi on oletettava toiminnan tarkoituksellisuus sekä vapaaehtoisuus (ei pakonalaisuutta). On harkittava tarkkaan, milloin on kysymys aidosti sellaisista elämän valinnoista, joiden kohdalla nämä ehdot oikeasti täyttyvät. Vastuu elämänvalinnoista on muuta kuin vastuu erillisistä teoista. Elämänvalintoihin liittyy hyvinvointia sekä onnellisuutta, joita monet tavoittelevat. Terveys on osa hyvinvointia, vaikka terveyttä ei voi hallita, kerätä tai varastoida.

Elämässä monet riippuvuutta aiheuttavat tekijät tuottavat myös nautintoja. Voidaankin olettaa, että tällaiset tavat ja tottumukset voivat olla myös protestin välineitä. Samoissa olosuhteissa eri yksilöt reagoivat eri tavalla, joten toiset sairastuvat, toiset eivät. Elämä, terveys ja sairaus eivät läheskään aina jakaannu oikeudenmukaisesti.

On ongelmallista puuttua sairauteen, jos ihminen ei ole halukas hoitamaan tai hoidattamaan itseään. Vielä ongelmallisempaa on olla puuttumatta, jos ihminen sen seurauksena syrjäytyy yhteisöstään, sairastuu vielä vaikeammin tai joutuu kuolemanvaaraan. Kroonistuessaan tällaiset sairaudet paitsi aiheuttavat ihmiselle itselleen ja hänen läheisilleen suurta kärsimystä merkitsevät myös usein lisääntyviä kustannuksia yhteiskunnalle.

Ihmisyyden kunnioittaminen merkitsee, että jokaisella on yhtäläinen ja ainutkertainen ihmisarvo. Ihmisen kunnioittamiseen kuuluvat inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus, hyvä vuorovaikutus, rehellisyys sekä yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. Se edellyttää myös taitoa olla syyllistämättä hoidon tarpeessa olevaa ihmistä silloin, kun hän



tarvitsee hoitoa ja huolenpitoa. Eri syistä sairastuneiden ja sairastuvien ihmisten hoito ja huolenpito on haaste rajallisten resurssien terveydenhuollolle.

### ***Itse aiheutettu sairaus***

Ihminen vaikuttaa omilla valinnoillaan valtaosaan sairauksistaan. Alkoholien vaikutukset sairastavuuteen tunnetaan. Huumeiden käyttö lisää sairastavuutta mm. vaikeisiin infektio-tauteihin. Yksipuolinen tai muuten epäterveellinen ravinto on vaikuttanut suomalaisten sydäntauti-kuolleisuuteen, elintason nousu ns. elintasosairauksien, aikuisiän diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien lisääntymiseen. Tupakka on länsimaiden suurin tappaja. Maailman yleisin – ja kalkein – itse aiheutettu sairaus on sokerin syönnin aiheuttama hammasmätä. Riskikäyttäytyminen liikenteessä aiheuttaa paljon liikennetapaturmia, vammautumista sekä kärsimyksiä eri osapuolille. Stressi vähentää vastustuskykyä erilaisiin sairastumisiin. On osittain sattumaa sekä myös enemmän perimän kuin tahdon vaikutusta, kuka altistuneista loppujen lopuksi sairastuu sekä millä määrällä altistusta ja milloin se tapahtuu.

### ***Sosioekonomiset erot ja terveys***

Suomen terveyspolitiikan keskeinen tavoite on taata kaikille kansalaisille yhtäläinen terveyspalvelujen saatavuus ja laatu. Terveyspolitiikan tavoitteina niin Suomessa kuin muuallakin ovat väestön mahdollisimman hyvä terveys ja mahdollisimman pienet terveyserot eri väestöryhmien välillä. Molemmat tavoitteet ovat vahvasti esillä Suomen terveyspolitiikka linjaavassa uudessa Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa ja sitä edeltäneissä Terveyttä kaikille -ohjelmissa. Viime vuosikymmeninä väestön keskimääräinen terveys onkin monen mittapuun mukaan selvästi kohentunut, mutta terveyserot ovat osin jopa kasvaneet.

Terveyspalvelujen käytössä on yllättäviä eroja eri väestöryhmien välillä. Esimerkiksi ohitusleikkauksiin toimihenkilöt pääsevät helpommin kuin työntekijät. Kaihileikkauksia tehdään suurituloisimmalle viidennekselle 40% enemmän kuin pienituloisimmalle viidennekselle. Akuutin infarktin hoito on intensiivisintä ja kuolleisuus sydäninfarktiin pienempää, jos potilas on suurituloinen. Myös keskimääräinen elinikä vaihtelee paitsi sukupuolen myös siviilisäädyn ja sosioekonomisen aseman mukaan.

Osa terveyseroista johtuu edellä kuvattuun nähden käänteisestä syy-yhteydestä, terveyden perusteella tapahtuvasta valikoitumisesta: huono terveys voi heikentää henkilön sosioekonomista asemaa ja vaikuttaa hänen siviilisäätynsä. Sosioekonomiset terveyserot näyttävät kuitenkin johtuvan pääosin sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta terveyteen. Siviilisäätyn välisiä terveyseroja synnyttää osaltaan se, että huono terveys ja jotkut sille altistavat tekijät vähentävät mahdollisuuksia solmia parisuhde ja/tai lisäävät jo solmitun parisuhteen purkautumisen todennäköisyyttä. Näyttää kuitenkin siltä, että siviilisäätyn terveyserot johtuvat suurelta osin parisuhteen tai sen puuttumisen vaikutuksista terveyteen.

Terveyseroja on aiheutta pitää eriarvoisuuden ilmentyminä silloin, kun voidaan perustellusti olettaa, että väestöryhmien välistä terveydentilan eroa voitaisiin kaventaa. Lisäksi terveyden eriarvoisuudesta puhuttaessa yleensä edellytetään, että terveyserot johtuvat tekijöistä, joille altistuminen ei perustu yksilön vapaaseen valintaan. Elintavat, kuten tupakointi ja alkoholin käyttö, ovat tärkeitä sosiaalisten terveyserojen syitä. Olisi kuitenkin naiivia pitää tällaisia epäterveellisen käyttäytymisen muotoja täysin vapaasti valittuina, sillä monet ihmisen oman vaikutusvallan ulkopuolella olevat seikat voivat altistaa hänet valitsemaan terveyttä vaarantavia tapoja.

## ***Itsemääräämisoikeus ja riippuvuus***

Toiveella päihdeongelmaisten pakkohoidosta on useimpien suomalaisten ajatuksissa pitkät perinteet. Pakkoon turvautuminen lienee lähtenyt siitä käsityksestä, että päihdeongelmainen on päihteen tuomien myönteisten vaikutusten vuoksi haluton tai heikkotahtoisuuden, ailahtelevaisuuden tai alhaisen moraalin vuoksi kyvytön haluamaan hoitoa, vaikka siihen hänellä olisi muiden mielestä ilmiselvä tarve. Päihdehaitat nähtiin lähinnä muiden ihmisten kuin käyttäjien itsensä näkökulmasta. Esiin nostettiin väkivaltainen tai muu huono käytös muita ihmisiä kohtaan tai läheisten ja koko yhteiskunnan sosiaalisten ja taloudellisten olojen huonontaminen.

Päihdehuoltolain tahdosta riippumatonta hoitoa kuvaavat pykälät, joita nykyisin käytetään hyvin harvoin, koskevat kaikkia päihteiksi määriteltyjä aineita, mutta ei muita aineita eikä riippuvuuksia. Käytännössä pakkohoitoa ehdotetaan nykyisin etenkin huumeidenkäyttäjille ja tietyissä oloissa alkoholinkäyttäjille - etenkin jos he aiheuttavat haittaa muille. Niitä ei juurikaan ehdoteta lääkeriippuvaisille, tupakasta riippuvaiselle tai ylensyöjälle. Samoin aineisiin liittymättömät riippuvuudet (esim. peliriippuvuus) on jätetty pakkojen ulkopuolelle. Ehkä niitä ei ajatella vielä sairautena, johon kuuluu heikentynyt hallintakyky, vaan enemmän pahana tapana, jota kunnan kansalaisen kuuluu moralisoida ja josta kuuluu selvittää omin avuin.

## ***Itsemääräämisoikeus psykiatrisessa hoidossa***

Psykiatrisen hoidon tavoitteena yleisesti on vähentää ja lievittää oireita ja ahdistusta. Hoidossa keskitytään vointiin, oireisiin ja niiden lievittymiseen sekä psyykkistä oireilua aiheuttaviin tai ylläpitäviin tekijöihin. Hoidossa olemiseen liittyy oleellisesti oikeus olla hoidettavana potilaana, silloin kun omat voimavarat eivät riitä omista asioista huolehtimiseen tai oman elämäntilanteen ratkaisemiseen. Hyvä hoito luo myöhemmän kuntoutumisen edellytyksiä ja on monelle tarpeellista kuntoutumisen aikana. Potilaana oloon liittyy kuitenkin mahdollisuus, että luovuttaa väliaikaisesti vastuuta omasta elämästään muille.

Tahdonvastainen hoito on laillista hoitoa tilanteessa, jossa henkilö on vakavasti mieleltään sairas ja hän on vaarassa olla haitallinen itselleen tai muille. Tahdonvastainen hoito on tarkoin lailla säädeltyä, koska siinä puututaan äärimmäisin keinoin ihmisen itsemääräämisoikeuteen. Vaikka pakkohoidossa itsemäärääminen on minimissään, se oikein käytettynä on tärkeä keino välttää heitteillejättö. Hoidon edetessä myös itsemääräämisen rajoja pitää arvioida, ja ihmisen saada hiljalleen omien resurssien mukaan vastuuta omasta elämästään ja kuntoutuksestaan.

## ***Johtopäätökset***

- Käsite “itse aiheutettu sairaus” on harhaan johtava. Siitä tulisi luopua. Monien sairauksien taustalta voidaan löytää asioita, joita ihminen omalla toiminnallaan aiheuttaa. Toisaalta sairauksiin, joita yleisesti katsotaan itse aiheutetuiksi, vaikuttavat mm. ympäristö, toiset ihmiset, työelämä, stressi, sosiaaliluokka ja perinnöllisyys, joihin ihminen ei pysty aina valinnoillaan vaikuttamaan. Sairauden leimaaminen itse aiheutetuksi vääristää todellisuutta ja voi leimata ja syrjäyttää ihmisen, joka omilla valinnoillaan ei sairauteen tai sairastumiseen ole voinut vaikuttaa tai on vaikuttanut sairauden puhkeamiseen vain marginaalisesti. “Itse aiheutettu” -leimaa ei voida käyttää priorisointiperusteena terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä. Sen sijaan voi olla lääketieteellisiä syitä olla aloittamatta tiettyä hoitoa, joka ei hyödytä potilasta, ellei hän muuta elintapojaan hoidon edellyttämällä tavalla.

- Sairausten syntymekanismi ei saa vaikuttaa ihmiselle annettavaan hoitoon. Sairauksia, joiden syntyyn ihmisen elämäntapojen valinnat ovat vaikuttaneet, on hoidettava samoin lääketieteellisin perustein kuin muusta syystä aiheutuneita. Potilasta on kuitenkin asiallisesti informoitava hänen elintapojensa vaikutuksesta sairautensa syntyyn, ennusteeseen ja hoitoon.
- Monet sairaudet, oli niiden syntymekanismi mikä tahansa, aiheuttavat ihmisille suuria kärsimyksiä. Sairauksien ennalta ehkäisy on useimmiten kustannuksiltaan huomattavasti edullisempaa yhteiskunnalle kuin sairauksien hoito. Sen tähden pyrkimyksiä sairauksien ehkäisyyn pitää lisätä ja tukea. Ns. terveiden elämäntapojen noudattaminen ei ole taatua terveydestä. Ennaltaehkäisy ja terveiden elämäntapojen painottaminen on tärkeää, vaikkakaan ei oikeuta "terveysterroriin".
- Sairauksien ennalta ehkäisyssä ihmisen omaa vastuuta voidaan korostaa, mutta on tärkeää painottaa myös sitä, että sairastumista ei voi hallita. Kun ihminen sairastuu, häntä ei itsemääräämisoikeuden varjolla saa hylätä tai syrjäyttää.
- Itsemääräämisoikeuden ja heitteillejätön raja monien ihmisissä häpeää herättävien sairauksien kohdalla on epäselvä. Monien sairauksien kuten esimerkiksi päihde- ja mielisairauksien kohdalla on kysymys myös kollektiivisesta häpeästä, joka vaikeuttaa asian kohtaamista ja käsittelyä. Aiheesta puhumista vältellään. Hyvinvointiyhteiskunnan tehtävänä on pitää huolta niistä, joilla ei ole omia voimia ja mahdollisuuksia huolehtia hyvinvoinnistaan, terveydestään ja sairauksistaan. Erityisesti mielen terveyden häiriöissä sekä päihde- ja muissa riippuvuusongelmissa muodollista oikeutta itsemääräämiseen ei saa käyttää verukkeena sille, että ihminen jätetään vaille hänen tarvitsemaansa hoitoa.

**ETENE:n puheenjohtaja, dos. Martti Lindqvist:**

## **TERVEYDENHUOLLON ETIIKKA JA VALINNAT AIKAMME PEILISSÄ**

Tällä hetkellä on hyvin paljon erilaisia tekijöitä ja kehityskulkuja, jotka vaikuttavat terveydenhuollon rajuun murrokseen. Ne ovat luonteeltaan kulttuurisia, taloudellisia, teknologisia, sosiaalisia ja psykologisia. Terveydenhuollon sekä lupauksia että uhkia tuottava muutosdynamiikka on yhteydessä yhteiskunnalliseen rakennemuutokseen, ammattien kehittymiseen, ihmisten elämäntyyleihin, tieteen ja teknologian kehitykseen, organisaatiomuutoksiin sekä potilaiden ja omaisten kasvaviin odotuksiin. Voi hyvin ymmärtää monien ihmisten huolen siitä, että nykyisessä myllerryksessä terveydenhuollon arvot saattavat unohtua ja että järjestelmä on vaarassa muuttua ajattelutavaltaan kokonaan uudelleenlaiseksi. Ihmiset näkevät yhä enemmän oman turvattomuutensa kuvat terveydenhuoltoon peilautuneina. Osa niistä on realistisia, toiset nykykäsityksen mukaan perusteettomia.

On hyvä kunnioittaa perinteitä ja säilyttää olemassa olevasta se, mikä siinä on arvokkainta. Kuitenkin täydellinen muutosvistarinta on sekä hyödytöntä että järjetöntä. Kaiken jättäminen ennalleen olisi vastuutonta, koska se romuttaisi ajan oloon senkin, mikä entisessä oli arvokkainta. Jokaisen sukupolven on löydettävä omat ratkaisunsa. Aika muuttuu, asiat muuttuvat ja myös etiikan on seurattava aikaansa mukautumatta kuitenkaan kriittikittömästi mihin tahansa aatteeseen tai ajan pintavirtaukseen.

Terveydenhuolto on tärkeimpiä ja kriittisimpiä tekijöitä hyvinvoinnin ylläpitämisen ja lisäämisen kannalta. Samalla se on myös peili, missä heijastuvat kärjistettyinä ne ajatukset ja kehityskulut, jotka kulloinkin yhteiskunnassa vallitsevat. Siksi ainakin osaa nykyisestä terveydenhuollosta koskevasta yhteiskunnallisesta keskustelusta voidaan pitää yleisen epävarmuuden, pahoinvoinnin ja epätasa-arvon heijastumana. Se on yksi osa medikalisaatiota, elämän hahmottamista etupäässä lääketieteelliseksi hoidolliseksi ilmiöksi. Olisi illuusio luulla, että terveydenhuollolla olisi maaginen kyky vapauttaa ihmiset pahasta olostai oikaista ratkaisevasti yhteiskunnallista epäoikeudenmukaisuutta. Siksi on pyrittävä tarkempiin ja konkreettisempiin kysymyksenasetteluihin, jotta voitaisiin löytää se ydin, missä terveydenhuolto voi parhaiten vaikuttaa hyvinvointia edistävästi ilman että suostuttaisiin paljon puhuttuun ja aiheellisesti kritisoituun elämän medikalisaatioon.

ETENE:n vuoden 2003 seminaarin taustalla on havainto kahden eettisesti tärkeän keskustelualueen välisestä jännitteestä, josta syntyy välillä ilmeisiä ristiriitoja. Toisaalta korostetaan voimakkaasti ihmisen itsemääräämisen tärkeyttä sekä elämäntapojen valinnoissa että hoitopäätöksissä. Ainakin tietoinen, vapaa suostuminen hoitoon tai siitä kieltäytyminen on määritelty itsemääräämisen ytimeksi. Toisaalta kritisoidaan ihmisten yksinäistymistä, passivoitumista ja heidän jäämistään syrjäytyneinä heitteille ilman tarvitsemaansa hoitoa. Ehkä vähemmälle on jäänyt sen konkreettinen pohtiminen, mitä on potilaan hoito yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Jotkut vaativat, että hoitoon ottamisessa ja annettavan hoidon laadussa pitäisi ottaa jollakin tavalla huomioon, miten ihminen on omilla valinnoillaan vaikuttanut hoidon tarpeeseensa. On ihmisiä joiden mielestä hoidon tarpeensa aiheuttanut potilas voitaisiin jättää jopa hoidotta tai vähemmälle hoidolle tai sitten panna maksamaan oma hoitonsa joko kokonaan tai osittain.

Tämä kaksijakoisuus kuvaa hyvin aikaamme. Kun esitetään tällaisia ajatuksia, niin kerrotaan oikeastaan siitä, millaiseksi maailmamme on jo pitkälti muodostunut. Riskejä ottavat elämänsä myös menevät ja menestyjät, jotka varautuvat samalla kustantamaan itselleen erityispalveluja esimerkiksi tarkkaan räätälöityjen vakuutusjärjestelmien turvin. Toisella laidalla yhteiskuntaa on kasvava joukko hyvin kierteiseen taloudelliseen, psyykkiseen ja sosiaalisen problematiikkaan ajautuneita ihmisiä, jotka lakkaavat välittämästä itsestään ja ympäristöstään. Heitäkin saatetaan pitää oman kohtalonsa valinneina ihmisinä.

Etiikan kannalta on hankalaa ja keskinäistä ymmärtämistä vaikeuttavaa, että eri keskustelutasoja sekoitetaan toisiinsa. Näitä keskustelutasoja, jotka kaikki ovat eettisesti olennaisia, on mielestäni ainakin viisi:

1. *Resurssikeskustelussa* on kysymys voimavarojen (muidenkin kuin vain taloudellisten) lisäämisestä, jakamisesta ja kohdentamisesta terveydenhuollossa. Se on osa laajempaa yhteiskunnallista resurssikeskustelua. Tämä keskustelu luo helposti jännitteitä myös terveydenhuollon eri osa-alueiden, organisaatioiden, specialiteettien ja henkilöstöryhmien välille.
2. *Autonomiakeskustelussa* vedotaan ihmisoikeuksiin, tulkitaan länsimaista yksilökäsitystä ja pyritään löytämään uusia yhteiselämän tapoja moniarvoisessa ja monikulttuurisessa yhteiskunnassa. Tämä keskustelu on toisinaan epämääräistä. Näyttää siltä, että lähes itsensä selvyytenä esitetty autonomian käsite on altis hyvin monenlaisille tulkinnoille ja selityksille. Yleensä sitä pyritään soveltamaan oman kuvitellun edun mukaisesti.
3. *Vastuukeskustelu* koskee toisaalta eri osapuolten ja erilaisissa rooleissa toimivien keskinäistä vastuunjakoa sekä yleisemmin vastuun käsitettä terveydenhuollossa. Potilaan osalta olennainen kysymys se, miten hän ymmärtää, jaksaa ja haluaa kantaa oman vastuunsa, joka voi liittyä sairauksilta ja muilta riskeiltä suojautumiseen, hoitoon hakeutumiseen sekä yhteistyöhön ja hoito-ohjeiden noudattamiseen.
4. *Syällisyyskeskustelu* koskee sitä, kenen tietoisista valinnoista on seurannut ei-toivottuja asioita ja miten kyseistä tahoja (joka voi siis olla yksilö tai kollektiivi) olisi arvioitava moraalisisessa mielessä.
5. *Valtakeskustelu* liittyy siihen, kenellä on asemansa, asiantuntemuksensa, tehtävänsä tai kokemuksensa perusteella muodollista ja tosiasiallista valtaa erilaisiin hoitopäätöksiin. Myös tällä tasolla subjekti voi olla yksilö, ryhmä tai kollektiivi. Kysymys on myös siitä, miten vallankäyttöä delegoidaan, rajataan ja valvotaan.

Eniten ristiriitoja, vaikeita tunteita ja käsitesekaannuksia tuottaa vastuu- ja syällisyyskeskustelujen sekoittuminen toisiinsa. Jonkun ilmiön syy ja syällisyys kyseisen ilmiön esiintymiseen mielletään helposti samaksi asiaksi. Monta kertaa tosin näin ei sanota eikä tarkoiteta, mutta silti potilaan kokemuksessa nämä asiat yhdistyvät aiheuttaen häpeää, leimaantumista, riippuvuutta, passivoitumista ja eristäytymistä. Se on nurinkurista, sillä terveydenhuollon tavoitteena on auttaa ihmisiä yhä paremmin kantamaan vastuuta elämästään ja välittämään itsestään. Se onnistuu hyvin harvoin niin ahdistuneessa ja epäluottavassa ilmapiirissä, millainen tavallisesti syntyy ja vahvistuu syällisyyskeskustelun yhteydessä.

Terveydenhuollossa on mietittävä niitä kehyksiä, joiden sisällä päätökset tehdään, ja keinoja, jotka auttaisivat ihmisiä ottamaan enemmän vastuuta elämästään ja ympäristöstään. Silti on turha kuvitella, että voitaisiin eettisesti vastuullisella tavalla tehdä yksityiskohtainen ohjeisto, josta suoraan luettaisiin, miten ihmisen vastuu omaan tilaansa pitäisi arvioida ja mitä siitä seuraa käytännön toimenpiteinä.

Terveydenhuolto on vuorovaikutuksellista, ihmislähtöistä ja henkilökohtaista työtä. Siksi

siinä tilannekohtaisella harkinnalla on suuri osuus. Jokaisella on oma tarinansa ja taustansa, niin potilailla kuin heidän hoitajillaankin. Erityisesti olisi pidettävä mielessä, että terveysriskit ja niiden toteutuminen ovat useimmiten yhteydessä siihen, ettei ihminen arvosta itseään ja lakkaa siksi huolehtimasta itsestään.

Tämä ongelma ei hoidu moralisoinnilla, ei rankaisemisella eikä hylkäämisellä. Siihen tehoaa parhaiten ihmisen lähestyminen kärsivällisesti häntä kuunnellen ja sen osoittaminen asenteella, sanoilla ja teoilla, että potilas on arvostusta ja myötätuntoa tarvitseva ja niihin oikeutettu ihminen.

**Yliääkäri Seppo Koskinen:**

## **SOSIAALISET EROT SUOMALAISTEN TERVEYDEN KEHITYKSESSÄ**

Kansalaisten mahdollisuudet elää pitkä ja terve elämä vaihtelevat huomattavasti heidän sosiaalisista lähtökohdistaan riippuen. Esimerkiksi sosioekonomiset tekijät, kuten koulutus, ammattiryhmä, työttömyys ja tulot, sekä siviilisääty ja muut asumis- ja perhetilannetta kuvaavat seikat, asuinalue, sukupuoli, kieli ja monet muut väestöä ryhmittelevät tekijät ovat yhteydessä terveyteen. Tässä esityksessä tarkastellaan lähinnä sosioekonomisia ja siviilisäätyjen välisiä terveyseroja.

Terveyseroja pidetään eriarvoisuuden ilmentymänä silloin, kun on perusteltua olettaa, että väestöryhmien välistä terveydentilan eroa voitaisiin kaventaa. Lisäksi terveyden eriarvoisuudesta puhuttaessa yleensä edellytetään, että terveyserot johtuvat tekijöistä, joille altistuminen ei perustu yksilön vapaaseen valintaan. Elintavat, kuten tupakointi ja alkoholin käyttö, ovat tärkeitä sosiaalisten terveyserojen syitä. Olisi kuitenkin naiivia pitää tällaisia epäterveellisen käyttäytymisen muotoja täysin vapaasti valittuina, sillä monet ihmisen oman vaikutusvallan ulkopuolella olevat seikat voivat altistaa hänet valitsemaan terveyttä vaarantavia tapoja.

Terveyden eriarvoisuus on merkittävä ongelma oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa tavoittelevassa yhteiskunnassa. Terveyden eriarvoisuus on keskeinen ongelma myös silloin, kun tavoitteena on mahdollisimman hyvä keskimääräinen terveyden taso koko väestössä. Suurten väestöryhmien huono terveys heikentää merkittävästi koko väestön keskimääräistä terveyden tasoa. Mikäli terveyttä voitaisiin sairaimmissa väestöryhmissä kohentaa koko väestön nykyiselle keskimääräiselle tasolle, välttäisi vuosittain suurelta määrältä ennenaikaisia kuolemia, sairastumisia ja toimintakyvyn menetyksiä. Mikäli koko väestössä saavutettaisiin parhaassa asemassa olevien ryhmien terveydentila, muutos nykytasolta olisi vielä huomattavampi.

Terveyspolitiikan tavoitteina niin Suomessa kuin muuallakin ovat väestön mahdollisimman hyvä terveys ja mahdollisimman pienet terveyserot eri väestöryhmien välillä. Molemmat tavoitteet ovat vahvasti esillä Suomen terveyspolitiikkaa linjaavassa uudessa Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa ja sitä edeltäneissä Terveyttä kaikille -ohjelmissa. Viime vuosikymmeninä väestön keskimääräinen terveys onkin monen mittapuun mukaan selvästi kohentunut, mutta terveyserot ovat osin jopa kasvaneet.

### ***Sosioekonomisten terveyserojen kehitys***

Kaikissa maissa, joista tietoja on käytettävissä, kansalaisten terveys on sitä parempi, mitä korkeampi heidän sosioekonominen asemansa on. Suomessa sosioekonomisten ryhmien väliset kuolleisuuserot ovat poikkeuksellisen jyrkät (Mackenbach ym. 1997, Kunst ym. 2001). 35-vuotias suomalaismies elää keskimäärin lähes 80-vuotiaaksi, jos hän on ylempi toimihenkilö, mutta alle 74-vuotiaaksi, jos hän on työntekijä. Naisilla vastaava ero on yli kolme vuotta. 1980-luvun alusta erot ovat suurentuneet naisten keskuudessa yhdellä vuodella ja miehillä peräti 1,4 vuodella (Valkonen ym. 2003). Koulutusryhmien sekä tuloryhmien väliset erot ovat yhtä jyrkkiä kuin edellä kuvatut sosiaaliryhmien väliset erot (Valkonen ja Jalovaara 1996, Martikainen ym. 2001).

Sosiaaliryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvu on johtunut suurelta osin siitä, että etenkin

1980-luvulla kuolleisuus verenkiertoelinten sairauksiin pieneni nopeammin toimihenkilöillä kuin työntekijöillä. Toinen tärkeä tekijä on ollut alkoholiin liittyvän kuolleisuuden sekä tapaturma- ja väkivaltakuolleisuuden jyrkkä kasvu etenkin työntekijöiden keskuudessa (Valkonen ym. 2000).

Myös sairastavuuserot ovat suuria. Mm. verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mielenterveyden häiriöt sekä huonoksi koettu terveys ovat paljon yleisempiä työntekijöiden kuin toimihenkilöiden parissa. Toisin kuin kuolleisuuserot, koetun terveyden ja pitkäaikaissairastavuuden sosioekonomiset erot ovat säilyneet ennallaan (Kivelä ym. 2001, Martelin ym. 2002a ja b).

Hyvä sosioekonominen asema merkitsee yleensä myös hyvää toimintakykyä. Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeiden, liikkumisvaikeuksien, arkiaskareista suoriutumisen sekä työ- tai toimintakykyä haittaavien sairauksien yleisyys työikäisessä suomalaisväestössä vaihtelee selvästi sosioekonomisen aseman mukaan (Hytti 1998, Helakorpi ym. 2001). Myös eläkeikäisillä toiminnanrajoitukset ovat tuntuvasti yleisempiä vähän koulutetuilla kuin pitemmän koulutuksen saaneilla (Sulander ym. 2000, Martelin ym. 2002a). Tiedot toimintakyvyn sosioekonomisten erojen muutoksista ovat vähäisiä, mutta näyttää siltä, että toimintarajoitteet ovat harvinaistuneet osapuilleen yhtä nopeasti kaikissa väestöryhmissä eivätkä ryhmien väliset ole muuttuneet (Martelin ym. 2002a).

## ***Siviilisäätyjen välisten terveyserojen kehitys***

Siviilisäätyjen väliset kuolleisuuserot ovat viime vuosikymmeninä nopeasti kasvaneet ja ne ovat erityisen jyrkkiä miehillä. Työikäisessä väestössä naimattomien, eronneiden ja leskeytneiden miesten kuolleisuus on yli kaksikertainen naimisissa oleviin miehiin verrattuna, ja naisilla siviilisäätyjen kuolleisuuserot ovat lähes yhtä suuret. Työikäisten suomalaisten kuolemista olisi jaksolla 1995-97 vältetty peräti runsas kolmasosa, jos muiden siviilisäätyryhmien kuolleisuus olisi ollut yhtä pieni kuin naimisissa olevien, kun 1970-luvun lopulla muiden siviilisäätyjen ylikuolleisuus naimisissa oleviin nähden aiheutti vain 16 % työikäisten kuolemista. Eläkeikäisillä siviilisäätyjen kuolleisuuserojen kasvu on ollut lähes yhtä nopea. (Koskinen ym. 1999). Kuolleisuusero ilmenee kaikissa yleisimmissä kuolemansyryryhmissä, ja eron kasvaminen näyttää johtuvan suurelta osin alkoholi-, tapaturma- ja itsemurhakuolleisuudesta (Martikainen ym. 2003).

Siviilisäätyryhmien välillä on samansuuntaisia eroja myös muilla terveyden osa-alueilla. Naimisissa olevilla useimmat sairaudet ja toiminnanrajoitteet ovat tuntuvasti harvinaisempia kuin muihin siviilisäätyryhmiin kuuluvilla (Martelin ym. 2002b). Sairastavuuden ja toimintakyvyn kehityksestä siviilisäädyn mukaan on kovin niukalti tietoja, mutta ainakin 65-74-vuotiailla miehillä toimintakyvyn siviilisäätyerot näyttävät kasvaneen huomattavasti (Martelin ym. 2002a).

## ***Mistä terveyden eriarvoisuus johtuu?***

Terveyden eriarvoisuuden keskeinen taustatekijä on aineellisten ja kulttuuristen yhteiskunnassa selviytymistä edistävien resurssien epätasainen jakautuminen väestössä. Tämä eriarvoisuus aiheuttaa eri mekanismien välityksellä terveyseroja. Henkilön koulutus muokkaa mm. hänen terveyteen liittyviä tietojaan ja arvojaan sekä hänen ammattiuraansa. Se, missä ammatissa ihminen toimii puolestaan säätelee hänen altistumistaan erilaisille terveyttä vaarantaville työympäristön tekijöille, ohjaa hänen käyttäytymistään ja vaikuttaa hänen toimeentuloonsa. Henkilön taloudellinen tilanne puolestaan säätelee mm. hänen kulutusmahdollisuuksiaan sekä asuinolojaan. Hyvä sosiaalinen asema luo ylipäättään paremmat tiedolliset ja taloudelliset edellytykset asua ja työ-



kennellä terveyden kannalta edullisessa ympäristössä ja valita terveyttä edistäviä käyttäytymismalleja (Ks. esim. Marmot & Wilkinson 1999, Macintyre 1997, Valkonen 1995, Koskinen & Pekkanen 1991).

Siviilisäätyjen terveyserojen taustalla ovat avioliiton ja yleensä parisuhteen terveyttä edistävät vaikutukset, kuten sosiaalinen tuki, myönteinen kiinnittyminen sosiaaliseen ympäristöön sekä terveelliset elintavat.

Käyttäytymistekijöistä mm. tupakointi ja epäterveelliset juomatavat ovat yleisimpiä vähän koulutettujen ja työntekijäammateissa toimivien keskuudessa ja nämä terveyskäyttäytymisen erot ovat viime aikoina korostuneet. Suomalaisten miesten keskuudessa alkoholikuolemat selittävätkin työntekijöiden ja toimihenkilöiden välisestä kuolleisuuserosta noin puolet 20–34-vuotiaiden ikäryhmässä ja viidenneksen 35–64-vuotiaillakin (Mäkelä ym. 1997). Tupakoinnin merkitys on samaa suuruusluokkaa. Käyttäytymiseen liittyvien tunnettujen vaaratekijöiden avulla on kyetty selittämään noin puolet sosioekonomisista kuolleisuuseroista sydän- ja verisuonitautien osalta ja myös osa kuolleisuuserojen muutoksista (Vartiainen ym. 1998). Juomatavat ja tupakointi näyttävät olevan yhtä lailla tärkeitä myös siviilisäätyjen välisten terveyserojen syinä (ks. Martelin ym. 2002b, Martikainen ym. 2003).

Suomessa terveystalouden keskeinen tavoite on taata kaikille kansalaisille yhtäläinen terveyspalvelujen saatavuus ja laatu. Tästä huolimatta terveyspalvelutkin osaltaan kärjistävät terveyseroja. Esimerkiksi ohitusleikkauksiin toimihenkilöt pääsevät helpommin kuin työntekijät (Keskimäki ym. 1997) ja kaihileikkauksia tehdään suurituloisimmalle viidennekselle 40% enemmän kuin pienituloisimmalle viidennekselle. Akuutin infarktin hoito on intensiivisintä, jos potilas on suurituloinen (Salomaa ym. 2001).

Osa terveyseroista johtuu edellä kuvattuun nähden käänteisestä syy-yhteydestä, terveyden perusteella tapahtuvasta valikoitumisesta: huono terveys voi heikentää henkilön sosioekonomista asemaa ja vaikuttaa hänen siviilisäätyynsä. Sosioekonomiset terveyserot näyttävät kuitenkin johtuvan pääosin sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta terveyteen (Marmot ja Wilkinson 1999, Macintyre 1997). Siviilisäätyjen välisiä terveyseroja synnyttää osaltaan se, että huono terveys ja jotkut sille altistavat tekijät vähentävät mahdollisuuksia solmia parisuhde ja/tai lisäävät jo solmitun parisuhteen purkautumisen todennäköisyyttä. Näyttää kuitenkin siltä, että siviilisäätyjen terveyserot johtuvat suurelta osin parisuhteen tai sen puuttumisen vaikutuksista terveyteen (Joung ym. 1998, Koskinen ym. 1999).

## ***Tulevaisuudennäkymiä***

Terveyden eriarvoisuus on merkittävä ongelma tasa-arvoon tähtäävässä hyvinvointivaltiossa. Terveyden eriarvoisuus on keskeinen ongelma myös silloin, kun tavoitteena on mahdollisimman hyvä keskimääräinen terveyden taso koko väestössä, sillä suurten väestöryhmien huono terveys heikentää merkittävästi koko väestön keskimääräistä terveyden tasoa. Suomessa väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen onkin ollut terveystalouden keskeinen tavoite jo usean vuosikymmenen ajan. Sosioekonomisten ryhmien ja siviilisäätyjen väliset terveyserot ovat kuitenkin suurentuneet. Erityisen haastava ongelma on miesten suuret kuolleisuuserot, joiden taustalla ovat eurooppalaisittain suuret sydän- ja verisuonitautien sekä väkivaltaisten ja alkoholiin liittyvien kuolinsyiden erot.

Viimeaikaiset ja odotettavissa olevat yhteiskunnalliset muutokset, kuten pitkittynyt joukkotyöttömyys, tuloerojen kasvu ja suureneva maahanmuuttajaväestö, saattavat edelleen suurentaa terveyseroja, kun kasvava joukko ihmisiä on vaarassa syrjäytyä muusta yhteiskunnasta. Alkoholin-

kulutus on nopeasti kasvamassa ja tämä kehitys uhkaa jatkua, kun alkoholin saanti helpottuu, tuontirajoituksia väljennetään ja alkoholijuomien hinnat laskevat. Aiempien kokemusten perusteella on ilmeistä, että alkoholinkulutuksen kasvu lisää nopeasti alkoholista aiheutuvia terveyshaittoja etenkin vähän koulutettujen, työntekijäammateissa toimivien ja muiden kuin avioliitossa elävien keskuudessa. Terveydenhuollossa otetaan käyttöön uusia, entistä tehokkaampia – ja usein myös aiempaa kalliimpia – menetelmiä, joista näyttävät pääsevän hyötymään ensisijaisesti sosioekonomisen hierarkian ylimpiin ryhmiin kuuluvat henkilöt.

Tällainen kehitys ei kuitenkaan ole väistämätöntä. Suomestakin on vakuuttavaa näyttöä siitä, että määrätietoisella terveys- ja muulla yhteiskuntapolitiikalla voidaan supistaa väestöryhmi- en välisiä terveyseroja. Koillis- ja Lounais-Suomen välisten alueellisten terveyserojen kaventuminen on siitä erinomainen esimerkki. On pyrittävä terveyden tasaisempaan jakautumiseen väestössä kohentamalla etenkin huonoimmin menestyvien ryhmien terveyttä. Tämä edellyttää kuitenkin sel- laista terveys- ja yhteiskuntapolitiikkaa, jossa terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen ote- taan kaikkien päätösten keskeiseksi tavoitteeksi. Jotta terveyserot tulevaisuudessa olisivat mah- dollisimman pienet, on kiinnitettävä huomiota erityisesti lasten ja nuorten asemaan, sillä varhaisten olosuhteiden vaikutus ulottuu pitkälle aikuisikään saakka.

## ***Terveyserojen kaventaminen***

Yleisellä tasolla terveyden eriarvoisuuden vähentämiskeinot voidaan jäsentää seuraavasti:

1. aineellisten ja kulttuuristen voimavarojen lisääminen erityisesti huono-osaisimmissa väes- töryhmissä,
2. terveyttä edistävien elintapojen tukeminen erityisesti huono-osaisimmissa väestöryhmissä,
3. terveys- ja sosiaalipalvelujen kehittäminen erityisesti huono-osaisimpia väestöryhmiä pa- remmin palveleviksi,
4. kunnallisen hyvinvointipolitiikan eri lohkoilla suunniteltujen ja tehtyjen ratkaisujen terveys- erovaikutusten arviointi ja muokkaaminen arvioinnin perusteella,
5. toimet, joilla tuetaan sairaiden henkilöiden sosiaalisen aseman säilymistä ja myönteistä ke- hitystä.

Konkreettisten keinojen kehittäminen on vasta alkutaipaleellaan (ks. esim. Kangas ym. 2002), ja etenemisen kannalta keskeistä on kuntien, kuntayhtymien ja järjestöjen ak- tiivinen osallistuminen terveyserojen kaventamiskeinojen kehittämiseen ja arviointiin – yhteistyössä keskenään sekä tutkimuslaitosten ja muiden toimijoiden kanssa.

Terveyden eriarvoisuuden kaventamiseksi tarvitaan sekä

- koko väestöön kohdistuvia terveyttä edistäviä toimia, jotka vaikuttavat samalla ta- voin kaikissa väestöryhmissä että
- koko väestöön suunnattuja toimia, joiden vaikutus voimistuu sosiaalisen aseman heikenty- essä ja
- huono-osaisten ryhmien terveyttä kohentavia toimia, jotka eivät leimaa kohdettaan.

## Kirjallisuutta

- Heikkilä M, Kautto M, toim. *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Gummerus, Jyväskylä 2002.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2002*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B12/2002.
- Joung IMA, van de Mheen HD, Stronks K, van Poppel FWA, Mackenbach JP. A longitudinal study of health selection in marital transitions. *Soc Sci Med* 1998;46:425-435
- Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M, toim. *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita 2002.
- Keskimäki I, Koskinen S, Salinto M, Aro S. Socioeconomic and gender inequities in access to coronary artery bypass grafting in Finland. *European Journal of Public Health* 1997;7:392-397.
- Kivelä K, Lahelma E, Roos E, Tuominen T, Dahl E, Diderichsen F, Elstad JI, Lissau I, Lundberg O, Rahkonen O, Rasmussen N Kr, Åberg Yngwe M. Sairastavuuden väestöryhmittäiset muutokset Pohjoismaissa 1980- ja 1990-luvulla. *Suomen Lääkärilehti* 2001;56:155-161.
- Koskinen S, Martelin T, Rissanen H. Siviilisäätäjien kuolleisuuserot – kasvava kansanterveysongelma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1999;36:271-284.
- Koskinen S, Pekkanen J. Sosioekonomiset tekijät ja terveys epidemiologisen tutkimuksen kohteena. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1991;28:365-375.
- Kunst AE, Bos V, Mackenbach JP, EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission*. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University Rotterdam, November 2001.
- Lahelma E, Manderbacka K, Lundberg O. Suomalaisten terveyserot eurooppalaisessa vertailussa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1999;36:231–242.
- Macintyre S. The Black Report and beyond: What are the issues? *Social Science & Medicine* 1997;44:723-745.
- Mackenbach J, Kunst A, Cavelaars A, Groenhouf F, Geurts J & the EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997;349:1655-1659.
- Marmot M, Wilkinson RG, toim. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press 1999.
- Martelin T, Koskinen S, Kattainen A, Sainio P, Reunanen A, Aromaa A. Changes and differentials in the prevalence of activity limitations among Finns aged 65-74: comparison of the Mini-Finland Health Examination Survey (1978-80) and the FINRISK-97 Senior Survey (1997). *Yearbook of Population Research in Finland* 2002a: 38:55-75.
- Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002b, 93-102.
- Martelin T, Koskinen S, Lahelma E. Terveyserot. Teoksessa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. *Suomalaisten terveys 2003*. Helsinki: Duodecim, painossa.
- Martikainen P, Martelin T, Nihtilä E, Majamaa K, Koskinen S. Increasing differences in mortality by marital status from 1975 to 2000, käsikirjoitus.

- Martikainen P, Mäkelä P, Koskinen S, Valkonen T. Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:1397-1405.
- Mäkelä P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *BMJ* 1997;315(26):211-216.
- Salomaa V, Niemelä M, Miettinen H, Ketonen M, Immonen-Räihä P, Koskinen S ym. Sepelvaltimotautikuolleisuuden, kohtausten ilmaantuvuuden ja kohtaustappavuuden yhteys sosioekonomiseen asemaan Suomessa vuosina 1983-1992. FINMONICAn infarktirekisteritutkimus. *Suom Lääkäril* 2001;56:3811-3817.
- Valkonen T. Sosioekonomiset terveyserot Suomessa ja niiden selittämisen ongelmia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1995;32:311-320.
- Valkonen T, Jalovaara M. Kuolleisuus koulutusasteen mukaan 1987-95. Teoksessa: Kuolemansyyt 1995, SVT Terveys 1996:5. Tilastokeskus, Helsinki 1996.
- Valkonen T, Martikainen P, Jalovaara M, Koskinen S, Martelin T, Mäkelä P. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *European Journal of Public Health* 2000;10:274-280.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta. STM, Julkaisuja 4, Helsinki 2001.
- Vartiainen E, Pekkanen J, Koskinen S, Jousilahti P, Salomaa V, Puska P: Do changes in cardiovascular risk factors explain the increasing socioeconomic difference in mortality from ischaemic heart disease in Finland? *Journal of Epidemiology and Community Health* 1998;52:416-419.

## TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN PAKKORAKO

Työelämässä on useita erilaisia työntekijätyyppejä. *Palkan vuoksi työtä tekevillä* ei ole motivaatiota kehittää työtä tai sen sisältöä, tehokkaammasta työstä ei tule hyötyä, ja henkilön intressi suuntautuu työn ulkopuolelle. Työ ja siitä saatava palkka antavat mahdollisuudet vapaa-ajan käyttöön. Esimerkkinä hän mainitsi teollisuuden tuntipalkkaiset työntekijät.

Ns. *urakkatyöläisille ja pienyrittäjille* työn sisältö ei ole tärkeä, mutta tehon lisäyksellä ja laadun parannuksella saa joko enemmän palkkaa tai lisää vapaa-aikaa, mikä on henkilölle tärkeää.

Kolmannessa luokassa ovat *itsensä toteuttajat*, esimerkiksi taiteilijat ja tutkijat. Nämä toteuttavat työssään itseään, projekti on minäkeskeinen. Työ on luovaa ja antaa elämälle sisällön. Palkka on toisarvoinen.

Neljännessä luokassa sijaitsevat terveydenhuollon työntekijät, joskin lääkäreissä on nähtävissä myös aikaisempien työntekijätyyppien piirteitä. Tämän luokan jäsenet muistuttavat työssään *protestanttista diakonissaa*, joka uhrautuu unohtaen omat tarpeensa. Työn motivaatio on olla toiselle tarpeellinen. Työntekijä näkee vaikutuksensa potilaan hoidossa ja paranemisessa.

Yhteiskunnalliset muutokset ja taloudelliset leikkaukset ovat muuttaneet sairaaloita yritystaloudelliseen suuntaan, jossa mitataan panostusta ja tuottoa. Myös yritystalouden termit ovat tulleet osaksi sairaalamaailmaa. Säästökuureilla supistetaan kuntoutusta, lyhennetään hoitoaikoja, lisätään läpivirtausta. Kustannuksia siirretään toisille yksiköille ja momenteille, jolloin ei synny kuvaa kokonaiskustannuksista. Tehdessään supistus- ja tehostuspäätöksiä lääkärit tuntevat vievänsä potilailta sellaista hoitoa, joihin heillä on oikeus. Lääkärit kokevat myös, että säästö-, rationalisointi ja tehostuspäätöksissä he toimivat Hippokrateen valaa vastaan. Priorisointi koetaan samanlaisena triage-jakona kuin sotilaslääkäreiden toiminta joukkosidontapaikoilla: lievästi ja vakavasti haavoittuneet jätettiin hoitamatta, kun keskityttiin keskivaikeisiin tapauksiin, jotta vähät lääkintävoimat olisi allokoitu mahdollisimman kustannustehokkaasti. Koko väestön kannalta kustannusten ja tulosten suhde on samankaltainen. Terveydenhuollon työntekijät kokevat työn rationalisoinnin ja tehostuksen ongelmalliseksi ja oman työn sabotoinniksi, ja siksi turhautuvat, väsyvät, sairastuvat ja siirtyvät eläkkeelle.

Terveydenhuollossa tehokkuuden tavoittelemisessa havaitaan peruskonflikti: Loppuun uupumiseen liittyy kokemus siitä, että työ vaatii enemmän kuin mitä siitä saa korvaukseksi. Tällöin uhrautuminen työlle ja toisen ihmisen hoitoon turhauttaa. Toiseksi krooniset, hankalasti hoidettavat ja loppujen lopuksi kalliit ongelmat kielletään. Jos näihin ei ole resursseja, aletaan kuvitella, että ne lakkaavat olemasta. Tietoisesti alimitoitettut terveydenhuollon budjetit pettävätkin jo tammi-kuussa. Jokunen vuosi sitten jaetut lastenpsykiatrian korvamerkity rahat eivät menneet tavoitteeseensa, vaan niistä säästyneet rajat sijoitettiin muihin kohteisiin. Terveydenhuollon henkilöstölle näiden vaikutusten huomaaminen tuottaa henkilökohtaisen kaksoissiteen: henkilöstö kokee oman asemansa uhatuksi ja kokevat työssään tekevänsä hyvän tekemisen sijasta pahaa.

Prosessiteollisuuden tasalaatuisuuden varmistus ei sovi terveydenhuoltoon, jossa tapaukset ovat yksilöllisiä. Kun vaaditaan yhä enemmän ja laadukkaampaa, henkilöstö alkaa toimia varavoimilla ja kokee itsensä hyväksikäytetyksi. Henkilökunta kokee, että heitä holhotaan ja mikro johdetaan ylhäältä. Ajankäytön seuraaminen lomakkeella vaikuttaa siten, että henkilö vähentää omaa panostaan. Sen seurauksena työntekijä etäännyttää itsensä hoidon kohteesta ja

työstä, jolloin hän etäänny myös palautteen antajasta. Tästä tulee psykologinen ja myöhemmin fysiologinen ristiriita, oppiminen ja palautuminen heikkenevät, työ kuluttaa ihmistä, voimat pettävät ja ihminen sairastuu ja eläköityy.

Seminaarimuistion pohjalta koonnut R. Halila

**Professori Jaana Hallamaa:**

## **IHMISEN VASTUU ELÄMÄNVALINTOJENSA SEURAUKSISTA**

Mitä söit aamiaiseksi? Millaisia rasvoja ateriaasi sisältyi? Käytätkö sokeria? Vaikka monet jokapäiväiset toimet ovat rutinoituneita emmekä joudu ajattelemaan niitä paljonkaan, voimme kuitenkin tarkastella niitä valintoina. Valinnoille voi antaa erilaisia määreitä sen mukaan, mihin niiden ajatellaan kohdistuvan. Sen perusteella puhutaan esimerkiksi terveysvalinnoista tai elämänvalinnoista. Terveysvalinnat ovat valintoja, jotka vaikuttavat ihmisen terveyteen ja elämänvalinnat valintoja, jotka määrittävät ihmisen elämää. Tämäntyyppiset termit ovat käyttökelpoisia, kun tarkastellaan ihmisten käyttäytymistä kuvaavia tilastotietoja: ruisleipää syövät tupakoimattomat alkoholin kohtuukäyttäjät voivat paremmin kuin rasvaisia välipalatuotteita tupakoinnin välissä ehtimiseen napostelevat alkoholin suurkuluttajat. Yksilön näkökulmasta elämänvalinnoista tai terveysvalinnoista puhuminen on ongelmallisempaa. Ammatin tai elämäkumppanin valinta vaikuttaa koko elämään mutta terveyteen ja sitä kautta elämään vaikuttavat elämäntavat eivät tavallisesti ole tiedostetun valinnan tulosta vaan perustuvat tottumuksiin, joita aletaan pohtia tai kyseenalaistaa vasta, jos tapahtuu jotain aivan poikkeuksellista tai kun tottumuksen vaikutukset näkyvät esimerkiksi ihmisen terveydentilassa. Missä määrin ja millä tavoin ihminen on vastuussa tällaisista valinnoista?

Filosofisesti ihmistä pidetään vastuullisena valinnastaan, jos häntä voi pitää moraaliagenttina, normaalina aikuisena ihmisenä, joka ymmärtää valintansa ja sen seurausten välisen yhteyden. Vastuullisuus edellyttää myös, että henkilöllä on tarpeellinen tieto aikomastaan teosta ja sen seurauksista tai ainakin, että hänellä pitäisi kaikki seikat huomioon ottaen olla tällainen tieto tai että hänen olisi pitänyt hankkia se. Vastuullisuutta arvioitaessa otetaan huomioon myös, onko ihminen toiminut vapaaehtoisesti vai toisen pakottamana. Vastuuta lieventävänä seikkana voi pitää sitä, että tapahtuu vahinko, kun taas tarkoituksellinen haitan tai vahingon tuottaminen langettaa vastuun täysimääräisenä tekijän kannettavaksi. Henkilökohtaisen vastuun lisäksi ihmisellä on usein myös asemaan tai rooliin kuuluvaa vastuullisuutta. Ne, joilla on alaikäisiä lapsia, kantavat näistä vastuuta vanhempina. Johtavassa asemassa olevat joutuvat vastaamaan oman työnsä osana alaisensa työstä ja hyvinvoinnista. Yksittäiseen valintaan ja sen perusteella tehtyyn tekoon kuuluvan vastuun arviointi voi tämäntyyppisistä suuntaviivoista huolimatta olla hankalaa. Vielä vaikeampaa vastuun arviointi on, kun on kysymys laajemmista, koko elämään vaikuttavista valinnoista.

Elämänvalinta ei ole kirkas käsite, mutta arvatenkin sillä tarkoitetaan jotain ihmisen elämänehtoihin vaikuttavaa valintaa, joka määrittää ihmisen terveyttä, hyvinvointia tai onnellisuutta. Hyvinvointi on yleiskäsite, johon kuuluvat ihmisen ulkoiset ja sisäiset edellytykset elää hyvää elämää tai voida hyvin. Erilaiset tarvehierarkiamallit kuvaavat hyvin, millaisten tekijöiden varaan ihmisen hyvinvointi rakentuu: riittävä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten perustarpeiden tyydytetyksi tuleminen on tavallisesti edellytys sille, että ihminen voi toteuttaa erilaisia kapasiteettejaan, kykyjään ja luovuuttaan. Hyvinvointi ei riipu ainoastaan ulkoisista edellytyksistä vaan myös ihmisen sisäisellä asennoitumisella omaan itseensä, muihin ihmisiin ja ulkoisiin tapahtumiin on suuri merkitys. Terveys on osa ihmisen hyvinvointia ja suurelta osalta myös sen edellytys. Terveys on sikäli erikoinen käsite, että on vaikea määritellä, mitä se itsessään on. Erilaisten lääketieteellisten kriteerien nojalla jostakusta voidaan sanoa, että hän ei ole terve. Ihminen ei kuitenkaan välttämättä tunne itseään silloinkaan sairaaksi. Toisaalta vaikka tälle aina ei olekaan lääketieteellisiä perusteita,

ihminen voi silti itse tuntea, että ei ole terve, koska jokin vaivaa häntä. Terveys ei ole absoluuttinen tila, vaan riippuu myös vertailukohdasta. Vanhan ihmisen terveys on toisenlaista kuin nuoren, ja vaikeasti vammaisenkin voi olla terve, kun taas häntä paljon toimintakykyisempää vammautonta kutsutaan sairaaksi hänen saatuaan flunssan. Terveystilan ja sairauden välisen linjan liukuvuus tulee näkyviin myös siinä, että ihmisen tila voi huonontua vähitellen, hänen sitä huomaamatta. Niin kutsutut elintapasairaudet ovat juuri tällaisia. Jatkuvasti koholla oleva verenpaine ei aiheuta aina oireita ennen kuin elimistö on vaurioitunut, eikä lihomisen haittoja havaitse ennen kuin herkeämätön kuormitus on vahingoittanut selkää ja jalkoja.

Kesän 2003 kuluessa tiedotusvälineissä on käyty vilkasta keskustelua väestön terveydestä. Erityisesti huomion kohteena ovat olleet ylipaino, tupakointi ja runsastuva alkoholinkäyttö kansanterveydellisinä ongelmina. Keskustelussa on puhuttu paljon terveydenhuollon resurssien niukkuudesta odotettavissa olevien ongelmien edessä. Resurssikeskustelussa on puhuttu myös oikeudenmukaisuudesta. Miksi niiden, jotka pyrkivät pitämään huolta terveydestään, olisi otettava vastatakseen niiden hoitokuluista, jotka ovat omilla valinnoillaan ja niihin perustuvalla elämäntavallaan aiheuttaneet kalliiksi käyvät sairautensa? Paljon vähemmän keskustelussa on kosketeltu terveyttä ja elämäntapoja yksilön kannalta. Ehkä juuri tästä syystä keskustelussa on keskitytty etsimään yhteiskunnallisia keinoja vaikuttaa ihmisten haitallisena pidettyyn käyttäytymiseen: kuinka voitaisiin estää suomalaisia syömästä, juomasta ja tupakoimasta itseään sairaaksi? Sen sijaan ei ole keskusteltu paljonkaan siitä, miksi ihmiset kaikesta neuvonnasta ja valistamisesta huolimatta käyttäytyvät tavalla, joka on heidän terveydelleen vahingollinen.

Vielä vähän aikaa sitten ylipainoisuudesta puhuttiin vain esteettisenä ongelmana, ja sitä pidettiin ennen muuta naisten kiusana. Niin kauan kuin muistan, sodan ja sen jälkeisen pula-ajan kokenut äitini on kamppailut painonhallinnan kanssa. Minusta näyttää selvältä, että koko lapsuuden ja nuoruuden kestänyt niukkuus ja suoranainen huoli ruoan riittämisestä vaikuttaa vahvasti tapaan, jolla hän suhtautuu syömiseen. Ruoan merkitys on hänelle aivan toinen kuin meille, joiden ei ole tarvinnut kokea samanlaista huolta. Julkisesta tupakkakeskustelusta en ole vielä tunnistanut työtoveriani, jolle tupakoinnin lopettaminen merkitsisi suurta sosiaalista menetystä. Hierarkkisessa työyhteisössä tupakanpolto on tarjonnut hänelle väylän päästä jatkuvaan keskusteluyhteistyyn korkeammassa asemassa olevien kanssa ja saada näiltä tietoja, joita vaille samassa asemassa olevat tupakoimattomat työyhteisön jäsenet vääjäämättä jäävät. Hitaasti kehittyvät terveyshaitat eivät vaikuta vakavalta uhalta sen edun rinnalla, jonka jokapäiväinen, luontevalta tuntuva tupakkayhteisyys hierarkian ylätasolla olevien kanssa tarjoaa. Itseäni voin pitää malliesimerkkinä alkoholinkulutuksen lisääntymisestä. Työni ja elämänpiirini muuttuminen on saanut aikaan sen, että alkoholia on yksinkertaisesti tarjolla paljon enemmän ja useammin kuin aikaisemmin. Kun alkoholia tarjotaan enemmän sitä myös nautitaan enemmän. Tämä on tapahtunut ilman, että olen tietoisesti päättänyt muuttaa käyttäytymistäni, huomaamatta, osana laajempaa kulttuurista muutosta.

Sairauksia voi tarkastella monesta eri näkökulmasta, muun muassa oman aikansa elämänolojen kuvastimena. Suuret kulkutautiepidemiat kertovat paljon niiden esiintymisajan asuintavoista, hygieniasta ja myös uskomuksista. Voimme myös kysyä, mitä suorastaan epidemiaksi yltyvät elämäntapasairaudet kertovat omasta ajastamme, meistä ja kulttuuristamme. Ylipaino, tupakointi ja alkoholinkäyttö liittyvät kaikki välittömän mielihyvän saamiseen, ja aikamme sairaudet voisikin niputtua yhteen puhumalla hedonistisesta oireyhtymästä. Välittömän mielihyvän hankkimisen ohella hedonistiselle oireyhtymälle on tyypillistä riippuvuus. Ihminen addiktoituu tiettyntyyppiseen syömiseen ja nautintoaineisiin. On paradoksaalista, että maailmassa, jossa vapautta pidetään yhtenä tärkeimmistä ja keskeisimmistä arvoista, riippuvuudesta tulee suuria joukkoja vaivaava epidemia.



Yksilön omasta näkökulmasta on ehkä kuitenkin kysymys jostain aivan muusta. Tarkoitus ei ole hankkia addiktiota. Hedonistinen oireyhtymä on ehkä sukua muodille merkitä oma ruumis tatuoinnein ja lävistyksin, ottaa se sillä tavoin haltuun ja tehdä omaksi. Näin ruumis erottuu muista ja tekee ihmisen yksilöksi. Välittömän nautinnon hankkimisessa syömällä, juomalla ja tupakoimalla on jotain samaa. Ihminen tekee valinnoillaan eron itsensä ja auktoriteetteina esiintyvien terveysviranomaisten välillä tekemällä valintoja, jotka ovat terveysvalistuksen vastaisia. Tämä voidaan kokea yhtenä vapauden muotona. Addiktoituminen voi olla nurinkurinen tapa ottaa ruumis haltuunsa ja saattaa se ihmisen käytöstä kontrolloimaan pyrkivien auktoriteettien ulottumattomiin. Se voi olla merkki hiljaisesta vastarinnasta, ainoasta kapinan muodosta, joka itsensä keinottomaksi tuntevalle ihmiselle on avoinna.

Kun mietitään keinoja kohentaa kansanterveyttä ja ehkäistä väestön sairastuminen elintapa-sairauksiin, ei ehkä riitä, että yritetään keksiä tapoja estää vahingollista käyttäytymistä tai muotoilla uusia valistus- ja varoitusmuotoja. Sairauksien kulttuurisen viestin ymmärtäminen on myös tärkeää. Vasta sitä kautta alamme hahmottaa, mitä elämänvalinnat ovat ja millaisista asioista ne kertovat.

**Kuntoutussuunnittelija Markku Lehto:**

## **ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN JA HEITTEILLEJÄTÖN RAJA PSYKIATRISISSA HOIDOSSA**

Tarkoitukseni on tuoda oma näkemys palveluja käyttäneen näkökulmasta kuin myöskin käytännön työtä tekevänä lähihoitajana ja kuntoutussuunnittelijana. Monet näkökulmat perustuvat yli kymmenen vuoden aikana tekemääni työhön kuntoutuskurssiohjaajana (niin vertaisohjaajana kuin ammattilaisena), omiin kokemuksiini kuntoutuessani sekä viime vuonna toteuttamaani kuntoutuja-asiantuntija koulutukseen joka sai joulukuussa 2002 Opetusministeriöltä Aikuiskoulutuksen laatupalkinnon.

### ***Näkökulmia psykiatrian määritelmiin***

Potilaan itsemääräämisoikeus ei merkitse sitä, että potilaalla olisi oikeus vaatia jotakin hoitoa tai toimenpidettä tai valita hoitopaikkansa, vaan se merkitsee potilaan suostumista hoitoon tai siitä kieltäytymistä. (Irma Pahlman, Potilaan itsemääräämisoikeus, EDITA 2003)

Edellä olevaan määritelmään ei mahdu tahdonvastaiset hoitopäätökset psykiatriassa vaikkakin nykyään suurimmaksi ongelmaksi koetaan ettei avohoitoon eikä laitoshoitoon pääse silloin kun olisi tarvetta. Miksi tarvitaan terveyskeskuslääkärin lähete psykiatriseen hoitoon pääsemiseksi?

*Psykiatrisen hoidon* tavoitteena yleisesti on vähentää ja lievittää oireita ja ahdistusta. Hoidossa keskitytään vointiin, oireisiin ja niiden lievittymiseen sekä psyykkistä oireilua aiheuttaviin tai ylläpitäviin tekijöihin. Hoidossa olemiseen liittyy oleellisesti oikeus olla hoidettavana – potilaana, silloin kun omat voimavarat eivät riitä omista asioista huolehtimiseen tai oman elämäntilanteen ratkaisemiseen. Hyvä hoito luo myöhemmän kuntoutumisen edellytyksiä ja on monelle tarpeellista kuntoutumisen aikana. Potilaana oloon liittyy kuitenkin mahdollisuus luovuttaa väliaikaisesti vastuuta omasta elämästään muille.

*Kuntoutuksessa* keskitytään usein vain toimintakykyyn. Puhutaan esim. työkykyä ylläpitävästä kuntoutuksesta, jolloin kuntoutuksen tavoitteena on, että ihminen voisi tai jaksaisi tehdä palkkatyötä. Kuitenkin, jotta kuntoutus olisi tuloksellista, sen pitäisi perustua kuntoutujan omiin tavoitteisiin ja päämääriin. Kuntoutuksessa voisi alkaa puhua asiakaslähtöisen työskentelytavan sijaan asiakasjohtoisesta työskentelystä.

Miksi tuki loppuu kun päästään työelämään, koska silloin tuen tarve voi olla suurimmillaan. Eikö työntekoa voisi käyttää kuntoutuksen apuna eikä päämääränä, onko vaihtoehtoina vain sairausloma tai kokoaikatyö?

*Kuntoutuminen* on sitä, mitä kuntoutujat tekevät itse oman elämänsä eteen eikä sitä mitä kuntoutustyöntekijät tekevät kuntoutuksessa kuntoutumisen edistämiseksi. Kuntoutumisessa on kysymys ennen kaikkea muutoksesta jossa ihminen alkaa miettiä, mitä minulle on tapahtunut, millainen minun tulevaisuuteni on? Keskeistä on muutos vastaanottavasta, riippuvaisesta ihmisestä aktiiviseksi toimijaksi suhteessa omaan itseen, toisiin ihmisiin ja ympäröivään maailmaan.

Kuntoutuminen psyykkisestä sairaudesta voi olla luonteeltaan samanlainen prosessi kuin kuntoutuminen mistä tahansa elämän katastrofista tai vakavasta fyysisestä sairaudesta.

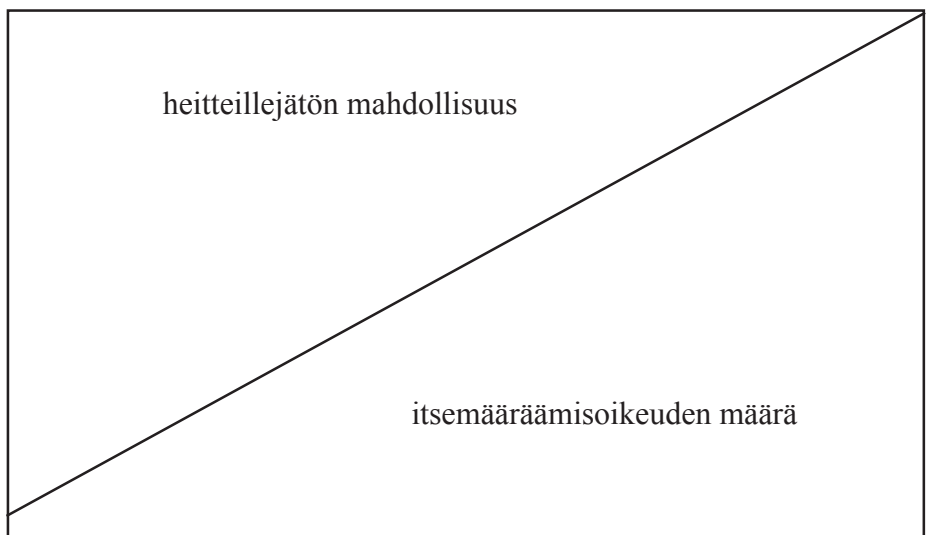
## ***Mielenterveyskuntoutuksen kehittämiskeskuksen malli kuntoutumisen prosessista***

Kuntoutumisen edetessä itsemäärääminen lisääntyy ja heitteillejätön mahdollisuus vähenee. Kuntoutumisen prosessi sisältää erilaisia vaiheita, joita ihmiset näyttävät käyvän läpi.

Kuntoutumisessa pitäisi huomioida myös “masennuksesta johtuvaa masennusta”, koska ihminen joutuu toipumaan paitsi sairastumiseen johtaneista asioista myös sairastamisen aiheuttamista asioista.

- Oman elämäntilanteen uudelleen arviointi  
+ surutyö suhteessa menneeseen  
+ nykytilanteen arviointi
- Kuntoutumistavoitteiden asettaminen  
+ muutostarpeiden ja -toiveiden muotoilu tavoitteiksi
- Toiminta oman elämän puolesta  
+ askelien ottamista omien tavoitteiden suunnassa  
+ omista voimavaroista ja hyvinvoinnista huolehtiminen  
+ sitoutuminen muutokseen
- Uusi minäkuva  
+ sairastuminen on osa elämänhistoriaa  
+ uusien toimintatapojen sisäistyminen  
+ aktiivisuus omassa elämässä

### ***Itsemääräämisen ja heitteillejätön rajan liikkumisesta psykiatrisessa hoidossa***



PAKKOHOITO HOITO KUNTOUTUS KUNTOUTUMINEN

Vaikka pakkohoidossa on itsemäärääminen minimissään, se on keino välttää heitteillejättö. Tahdonvastaisessa hoidossa on helpoin määritellä muiden vastuu suhteessa omaan vastuuseen omasta hyvinvoinnistaan.

Hoidossa ollessaan on lupa luovuttaa vastuuta omasta elämästään muille ja alkaa vähitellen kuntoutuksen ja kuntoutumisen edetessä ottaa itse vastuuta, joten itsemääräämisen raja liikkuu kuntoutumisen edetessä.

## ***Eettisiä ongelmatilanteita***

Neuvottelukunnan yhtenä tehtävänä on herättää hoitoeettisiä kysymyksiä koskevaa yhteiskunnallista keskustelua.

- Mielestäni ei vielä kukaan uskalleta puhua seksuaalisuuden toteuttamisesta pakkohoidossa jossa vastuu itsestä ei ole parhaimmillaan. Tahdon vastaisessa hoidossa suljetuilla osastoilla tapahtuu paljon sellaista mihin hoitohenkilöstö ei pysty puuttumaan. Itse näkemistäni tapauksista voin kertoa silminnäkijänä, mutta uskottavuuden puute estää monia kertomasta omista kokemuksistaan edes terapiassa. Jälkeenpäin on vaikea todistaa tapahtuneita ja ne helposti luetaan taudin oireisiin. Onko heitteillejättöä ottaa ihminen hoitoon laitokseen, mutta jättää hänet muiden hoitoa tarvitsevien hoidettavaksi?
- Onko hoitojonojen hävittäminen heitteillejättöä, kun hoitoa tarvitessaan otetaan kyllä tiedot ylös ja annetaan vastaanottoaika jonnekin eteenpäin? Ihminen otetaan tavallaan hoidon piiriin, muttei saa tarvitsemaansa määrää hoitoa esim. terapiaa tarpeeksi usein tai laitospaikkaa tarvitessaan.
- Miksei yksilökäyntien lisäksi käytetä ryhmätapaamisia joissa vertaistuki pääsisi vaikuttamaan, vaikka kuntoutuskursseillamme kurssilaiset ovat pitäneet vertaistukea vaikuttavimpana apuna itselleen?
- Taloudellistenkin resurssien kannalta ryhmäkuntoutus, jossa hyödynnettäisiin vertaistukea, olisi halvempaa ja vertaisapua käyttävä ammattilainen pääsee nopeammin itse asiaan. Kokemustemme mukaan jopa ensimmäisellä käynnillä voidaan puhua asioista joihin muutoin päästäisiin arvioni mukaan vasta viidennellä käynnillä.

Onko heitteillejättöä jättää käyttämättä tarkkailuun ottoa vastentahtoiseen hoitoon itsemurhayrityksen jälkeen, kun ihminen on tuotu lääkkeiden yliannostuksen vuoksi teho-osastolle vatsahuuhteluun? Voisiko Suomen korkeat itsemurhatilastot johtua osaksi huonosta jälkihoidosta itsemurhayrityksissä?

- Miksi ihmisen hypättyä parvekkeelta hoidetaan jalat kuntoon, mutta unohdetaan se miksi ylipäänsä hypättiin?

Onko nykyinen psykiatrinen avohoito todellisuudessa heitteillejättöä, koska muista sairauksista kotiutetaan mutta psyykkisistä siirretään avohoitoon, ja miksi avohoittoa kotona on pääasiallisesti lääkehoitoa?

On huolestuttavaa, että yli kolmasosalla mielenterveyskuntoutujista ei ole tutkimuksemme mukaan minkäänlaista hoito- tai kuntoutussuunnitelmaa.

## **PAKKO JA HOIDON RAJAT PÄIHDEONGELMAISTEN HOIDOSSA**

Päihdeongelmien pakkohoidolla on palvelujärjestelmässämme ja myös useimpien suomalaisten ajatuksissa pitkät perinteet. Pakko lienee lähtenyt ajatuksesta, että päihdeongelmainen on haluton (päihteen tuomien myönteisten vaikutusten vuoksi) tai kyvytön (heikkotahtoisuus, selkärangattomuus, alhainen moraalinen haluamaan hoitoa, vaikka siihen olisi muiden mielestä ilmeinen selvä tarve. Päihdehaitat nähtiin lähinnä toisten ihmisten näkökulmasta: väkivaltainen tai muu huono käytös muita ihmisiä kohtaan tai läheisten ja koko yhteiskunnan sosiaalisten ja taloudellisten olojen huonontaminen. Hoitoa varten kehitettiin koko Suomen kattava huoltoloiden ja työlaitosten verkosto, johon ohjaaminen tapahtui suurelta osin vasten henkilön omaa halua.

Nykyisellään lakisääteiset tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit ovat hyvin tiukat. Päihdehuoltolain (417/86) mukaan henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumattomaan hoitoon terveysvaaran tai väkivaltaisuuden takia, jos vapaaehtoinen hoito ei ole riittävä tai mahdollinen toimenpide. Terveysvaara tarkoittaa, että henkilö on välittömässä hengenvaarassa tai saamassa vakavan, kiireellistä hoitoa vaativan terveysvaurion ilman päihteen käytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa. Väkivaltaisuus tarkoittaa, että henkilö päihteen käytön vuoksi väkivaltaisella tavalla vaarantaa perheensä jäsenen tai muun henkilön terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä. Terveysvaarapäätöksen tekevät lähettävä lääkäri ja hoitopaikan lääkäri, väkivaltaisuuden osalta sosiaaliviranomainen. Hoitoaika on 5 vrk, väkivaltaisuudessa lääninoikeuden päätöksellä tarvittaessa 30 vrk. Pakkohoitoapäätöksiä on vuosien mittaan tehty hyvin vähän, lähinnä väkivaltaisuuden perusteella, jolloin kyse on siis ollut enemmän muiden ihmisten hyvinvoinnista kuin päihteenkäyttäjän itsensä. Terveysvaarapykälän kriteerit määriteltiin alun alkaen ahtaiksi ja pakkohoitoapäätöksen tekeminen teknisesti niin vaikeaselkoiseksi, niin että tämän pykälän käyttö jäi näistäkin syistä johtuen lain kuolleeksi kirjaimiksi.

Myös mielenterveyslain (1116/90) mukaan päihdeongelmainen voidaan määrätä pakkohoitoon psykiatriseen sairaalaan, jos mielisairauden lain mukaiset kriteerit täyttyvät. Lastensuojelulain mukaan alle 18-vuotias voidaan ottaa huostaan, jos hän esim. vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään käyttämällä päihkeitä.

Päihdehuoltolaki ja lastensuojelulaki eivät ota kantaa siihen, mikä on päihdeongelman tausta ja selitysmalli eli onko kyseessä ”paha tapa” vai ”sairaus”. Eräs lähtökohta on tautiluokitusten mukainen päihdediagnostiikka. ICD-10:n mukaan päihderiippuvuuden kriteereitä ovat

- voimakas himo tai pakonomainen halu ottaa päihdettä
- heikentynyt kyky hallita päihteen käytön aloittamista, määrää ja lopettamista
- vieroitusoireet päihteen käytön päättyessä
- sietokyvyn lisääntyminen päihteen vaikutuksille
- päihteen käyttö muodostuu elämän keskeiseksi asiaksi
- käyttö jatkuu huolimatta sen aiheuttamista haitoista, joista käyttäjä on tietoinen.

Diagnoosikriteeritkään eivät ota kantaa siihen, ovatko nämä oireet seurausta biologisista, psyykkisistä vai sosiaalisista elementeistä. Viime vuosina etenkin neurobiologinen tutkimus

on tuottanut uutta tietoa. Päihteet vaikuttavat aivojen välittäjäaineisiin, joiden vaikutuksiin perustuvat mm. päihteiden palkitsevat, mielihyvää tuottavat vaikutukset, samoin myös sietokyvyn lisääntyminen ja vieroitusoireet. Myös geenit vaikuttavat eri ihmisillä eri tavoin päihteiden ja välittäjäaineiden metaboliaan. Lääkeaineiden genotyyppaus on edistynyt eli etsitään kunkin yksilön geenitaustaan sopivimpia lääkkeitä.

Neurobiologisen mallin innokkaimmat kannattajat nimeävätkin päihderiippuvuudet “krooniseksi relapsoiviksi aivosairauksiksi”, mikä on ikään kuin tarkennettu versio aiemmassa yleisluontoisemmasta sairausmallista. Tästä voidaan tehdä päätelmä, että sairausvaiheeseen päädyttyä päihteiden käyttö ei enää ole yksilön kontrollissa eikä päätettävissä. Tällöin ei ainakaan rangaistusluonteisten toimenpiteiden uhka enää auta. Mitä vähemmän tahdonalaista ja vapaaehtoista käyttäytyminen on, sitä vähemmän muilla ihmisillä tai hoitojärjestelmällä on oikeutta rangaista tai moralisoida. ICD-käsitteet “pakonomainen halu” ja “heikentynyt kyky” korostavat tätä näkökulmaa. Mutta jos yksilö ei enää ole kykenevä toimimaan omaksi parhaakseen, olisiko silloin perustelut pakkohoidolle olemassa?

Tämä näkökulma poikii tutkimuseettisen pulman: Voiko tässä tilassa oleva sairas antaa suostumuksen (free and informed consent) lääketieteelliseen hoitotutkimukseen. Miten toteuttaa sellaisen sairauden hoitotutkimusta, jossa sairas ei itse kykene antamaan suostumusta. Kuka sitten antaisi luvan? Läheiset, hoitava lääkäri? Nykykäytännön mukaan vain päihteiden vaikutuksen-alaisuus ja voimakkaat vieroitusoireet ovat este suostumuksen antamiselle niin kauan kuin ko. olotila jatkuu. Kompromissinäkömyksenä tästä on esitetty, että täyspäihdeettömyyttä tavoittelevaan hoitotutkimukseen sairas itse voisi antaa suostumuksen, muttei esim. korvauslääketutkimukseen. Kaikissa tapauksissa taustalla on vaikuttamassa pakottavia voimia (puoliso, muut läheiset, työpaikka, tuomioistuin), joten miten on silloin vapaan tahdon kanssa (Hall ym. 2003)?

Päihteiden käytön myötä ja ajan kuluessa tilanne muuttuu. Päihteet ovat aluksi tapa, käyttäjän mielestä nautinnollinen tapa, ympäristön mielestä alun alkaen tai ainakin käytön lisääntyessä ja vakiintuessa “paha tapa”. Jossain vaiheessa joillain yksilöillä tämä tapa muuttuu niin vakiintuneeksi rutiiniksi, että sitä vaikea lopettaa, jolloin tilannetta aletaan kutsua addiktioksi tai (neurobiologisen näkömyksen mukaan) aivosairaudeksi (Uhl 2003).

Tilanteesta pois pyrittäessä tulee ottaa huomioon tehtävän vaikeusaste. Mitä voimavaroja, omia ja muiden, yksilöllä on käytettävissä, ja ovatko ne riittäviä? Toinen asia on yrittämismotivaatio. Yleisesti hyväksytään, että normaalit aikuiset saavat toimia myös itselleen vahingollisella tavalla (tupakointi, UV-säteily, hoidosta kieltäytyminen), jos toiminnan haitat rajoittuvat henkilöön itseensä ja toiminta on autonomista eli tahdonalaista ja harkittua (Launis ja Wennberg 2002). Itsemääräämisoikeuden nimissä on lupa tehdä myös epäviisaita asioita. Ihminen voi harkitusti pitää päihteiden tarjoamia elämyksiä ja nautintoja niistä koituvien riskien ja menetysten arvoisena. Käytön myötä haitat voivat lisääntyä, jolloin haitta/hyöty –puntari kääntyy haittojen puolelle. Silloin yrittämismotivaatio voi vahvistua aidosti “itsellä”, kun ihminen tiedostaa päihteiden osuuden ja oman osuutensa sairastamisessaan. Toisaalta motivaatiota pyrkivät lisäämään useat läheis- ja viranomais-tahot.

Muutokselle ja hoitoon lähtemiselle voidaan hahmotella eri vaihtoehtoja:

1. Päihteenkäyttäjä itse haluaa muutosta päihdekäyttöön omiin avuihin (itsehoito) tai haluaa ammattiauttajan hoitoon, koska
  - hän tietää että haittoja on tulossa jos päihdekäyttö jatkuu entisellään (tätä varten esim. terveydenhuollon toteuttama mini-interventio), tai

- hän kokee jo nyt haittoja, äärimuotona omaehtoinen “pakko” pyrkiä hoitoon kun hän toteaa olevansa niin sairas (tavallaan sama tilanne kuin päihdehuoltolain terveysvaarapykälän pakkohoito) tai sosiaalisessa umpikujassa.

## 2. Joku muu haluaa päihteenkäyttäjälle hoitoa:

- puoliso, muut läheiset ja ystävät
- työnantaja, oppilaitos, työtoverit (äärimuotona työpaikan virallinen “hoitonohtaus”, jossa hoidon vaihtoehtona työpaikan menetys)
- lääkäri tai muu terveydenhuollon työntekijä, sosiaaliviranomainen, poliisi, vankilaviranomainen
- myös ehdotettu lakisääteisen pakkohoidon laajentamista, esim. raskaana olevat naiset (perusteluna päihteen vaikutus myös sikiöön), nuoret huumeiden käyttäjät, ratti-juopot

## 3. Hoito on kahdesta vaihtoehdosta pienempi paha:

- päihdehoito yhdyskuntapalveluna
- tulossa: “sopimushoito” eli hoito vaihtoehtona päihderikostuomaukselle (esim. sakkovankeuden korvaaminen hoidolla)
- tällöin korostuu hoidon rangaistusluonne, juridisen rangaistuksen korvaaminen hoidolla

## 4. Nykylakien mukainen tahdosta riippumaton hoito (ks. edellä).

Tässä ristipaineessa lääkärin etiikka joutuu koetukselle. Lääkärin tulee aina toimia potilaansa parhaaksi. Potilaan edun pitäisi mennä omaisen, työnantajan tai yhteiskunnan edun edelle, jos edut ovat ristiriidassa keskenään. Lääkärin tulee kunnioittaa potilaan tautoa väistämättä kuitenkaan vastuuta välittämistä. Hänen tulee tukea potilaansa tekemiä päätöksiä antamalla päätöksentekoon tarvittavaa tietoa. Jos päihdepotilas ei halua hoitoa tai haluaa sitä hyvin eri muodossa kuin mitä lääkäri ehdottaa, niin lääkäri joutuu harkitsemaan oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan suostutella, painostaa tai viimesijaisesti lain turvin pakottaa hoitoon? Avuliaaseen tyrkytykseen sisältyy potilaan puolelta vastaanottamisen velvollisuus, eräänlaista pakkohoitoa sekin. Pakkohoidossa luovutaan omavastuun kunnioittamisesta ja tukemisesta, mutta päädytään kenties “omavastustuksen” vahvistamiseen. Pakotettu hoito voidaan mieltää puhtaasti rangaistukseksi, joka tuottaa pahimmillaan elinikäisen epäluulon ja vastustuksen kaikkia hoitopalveluja kohtaan.

Pakon vastakohta on yltiösallivuuksuus, kaiken aloitteellisuuden jättäminen potilaalla. Terveydenhuollossa alkoholinkäytön on usein ajateltu olevan yksityisasia, jota ei ole soveliaista udella potilaalta, jos käytön haitat eivät vielä ole selvästi näkyvissä. Etenkin jos kyseessä on jo riippuvuus päihdeestä, menee tämä asenne helposti lähelle heitteillejättöä, jos vähänkään otetaan todesta riippuvuuden määritelmiä ja niihin sisältyviä “pakonomainen halu” ja “heikentynyt kyky” –käsitteitä. Mukana voi olla myös “itse aiheutettu, itse vastuussa” –asennetta, moralismia, jonka takana voi olla rankaisevaa “minun puolestani saa vaikka kuolla” –syrjintää. Moralisointi syylistää, saa aikaan pelokkuutta, epätoivoa. Monet päihdeongelmaiset ovat päihdeongelmansa lisäksi muutenkin syrjäytyneitä ja heikkoja, eivätkä pysty pitämään puoliaan. Heille on tavallista helpompaa tehdä “vääräyttä”.

Päihdehuoltolain pakko koskee kaikkia päihdeiksi määriteltyjä aineita, mutta ei muita aineita eikä riippuvuuksia. Käytännössä pakkohoitoa ehdotetaan nykyisin etenkin huumeidenkäyttäjille ja tietyissä oloissa alkoholinkäyttäjille (etenkin jos he aiheuttavat haittaa

muille), mutta ei juurikaan lääkeriippuvaisille, jotka ovat saaneet ja saavat riippuvuusaineensa pääosin lääkäreiltä. Nikotiini on erityisen voimakasta riippuvuutta aiheuttava aine ja tuottaa enemmän terveyshaittoja kuin muut riippuvuusaineet yhteensä, mutta en muista koskaan kuulleen ehdotusta tupakoijan pakkohoidosta. Liikasyömistä ei myöskään pakkohoideta. Samoin aineisiin liittymättömät riippuvuudet (esim. peliriippuvuus) on jätetty pakkojen ulkopuolelle. Ehkä niitä ei ajatella vielä sairautena, johon kuuluu heikentynyt hallintakyky, vaan enemmän pahana tapana, jota kunnon kansalaisen kuuluu moralisoida ja josta kuuluu selvittää omin avuin.

Päihdeongelmien hoitoon ei suomalaisella yhteiskunnalla ole käytettävissä resursseja eikä ehkä halukaan niin paljon kuin mitä on omaehtoisesti hoitoon pyrkiviä. Kyse ei siis ole siitä, etteivätkö päihdeongelmaiset pyri riittävässä määrin hoitoon oma-aloitteisesti tai ainakin läheisten patistamana. Keskustelu pakkohoidojen lisäämistarpeesta kuvanee sitä, että kansan ja päättäji-en mielestä todella hoitoa tarvitsevat eivät tee sitä vapaaehtoisesti, eivät ainakaan oikeanlaiseen hoitopaikkaan tai hoitomuotoon. Etiikaksi muodostuu helposti se, mistä palvelujen rahoittaja on valmis maksamaan (Ollikainen 2001). "Oikean" hoidon odotetaan tapahtuvan mieluiten riittävän pitkässä ja hyvin kurinalaisessa laitoshoidossa, jossa pyritään tuottamaan lopunikäistä täyspäiheteettömyyttä. Taustalla ovat rankaisevat asenteet, moralismi ja menneen työlaitoskulttuurin perään haikailu. Vankila on tämän mallin äärimuoto, mutta sielläkin tietävästi voi jatkaa päihteenkäyttöä.

Jos päihderiippuvuus halutaan nähdä (aivo)sairautena, johon liittyy päihteiden käytön kontrollin menetys, niin teoriassa pakkohoito olisi perusteltua siihen asti, kunnes oma kontrollikyky ja kontrollihalu ovat riittävästi palautuneet. Toistaiseksi meillä ei ole kuitenkaan tarjolla sellaista hoitojärjestelmää tai hoitomuotoa, joka tuottaisi henkilön omasta tahdosta riippumatta parempia tuloksia kuin sellainen hoito, johon henkilö on itse ja omaehtoisesti, vaikkakin erilaisten ulkoisten pakotteiden motivoimana, halunnut hakeutua.

## **Kirjallisuutta**

- Hall W, Carte L, Morley KI. Addiction, neuroscience and ethics. *Addiction* 2003;98:867-870.
- Launis V, Wennberg M. Onko huumeiden virkistyskäyttö moraalisesti väärin? *Yhteiskuntapolitiikka* 2002;67:570-577.
- Lääkärin etiikka ja terveydenhuollon ongelmat. Julkilausuma 9.1.2003. *Duodecim* 2003;119:694-695.
- Ollikainen M. Eettiset suositukset asiakas- ja yhteistyötilanteisiin, joihin liittyy pakkoa, kontrollia ja tiedonluovutusta, A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettinen toimikunta, moniste 28.2.2001.
- Poikolainen K. Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Kirjassa: Salaspuro M, Kiiänmaa K, Seppä K. toim. Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 1998, s. 74-80.
- Seppä K. Päihdelainsäädäntö. Kirjassa: Salaspuro M, Kiiänmaa K, Seppä K. toim. Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 1998, s. 81-86.
- Uhl GR. Are oversimplified views of addiction neuroscience providing too simplified ethical considerations? *Addiction* 2003; 98:872-873.
- Uutela A. Onko ihminen vastuussa elintavoistaan? *Yksityislääkäri* 3/2003, s. 9.



Professori Heta Gylling:

## AITOA PRIORISOINTIKESKUSTELUA VAI ASIATONTA MORALISOINTIA?

Vaikka terveydenhuollon etiikkaan liittyvä keskustelu onkin vuosien saatossa parantunut, käsitteelliset epäselvyydet ja epäjohtonmukaisuudet putkahtavat aika ajoin esiin, vapaamielisen suvaitsevaisuuden ollessa yleensä käänteisesti verrannollinen epäjohtonmukaiseen ajatteluun.

Priorisoinnista puhuminen sisältää tiettyjä oletuksia. Priorisointi on mahdollista vain, jos on jo olemassa hyvinvointivaltio jonka tehtävänä on tarjota julkisia terveydenhuoltopalveluita. Julkisten palveluiden oikeus puolestaan perustuu ajatukseen tasa-arvosta ja oikeudesta yhtäläiseen perustarpeiden tyydytykseen. Moraalista tuomittavuutta ei sidota vain aktiiviseen vahingoittamiseen vaan ratkaisevana nähdään niin teon kuin tekemättä jättämisenkin seuraukset. Jos yhteiskunta ei tarjoaisi terveydenhuoltoa varallisuudesta riippumatta, se syyllistyisi ihmisen vahingoittamiseen tekemättä jättämisillään – yhteiskunnassa jossa palveluiden turvaaminen verovaroin on realistista. Priorisoinnin toinen oletus on se, että rahaa ei ole rajattomasti joten on pohdittava mitä yhteiskunnalla on varaa tarjota.

Jos kansalaisten yhtäläiset, varallisuudesta riippumattomat oikeudet otetaan vakavasti, priorisoinnin tulee ensisijaisesti liittyä siihen *mitä* hoidetaan tai ehkäistään eikä suinkaan *ketä* hoidetaan. Jos jokin terveyteen liittyvä tarve on jonkun kohdalla tärkeä, on perusteltua olettaa, että se on sitä kaikille relevantisti samanlaisille ihmisille. Jos yhteiskunta ryhtyy tekemään hoitovalintoja esimerkiksi sen mukaan, kenestä on eniten hyötyä, kaikki oletukset ihmisten yhtäläisestä arvosta voi heittää romukoppaan. Ratkaisevaa tulee olla potilaan hoidosta saama hyöty, oli hän sitten terhakka keski-ikäinen työntekijä tai jo työuransa päättänyt eläkeläinen.

Ällistyttävän usein olen joutunut huomaamaan, miten ihmiset näyttävät kuvittelevan, että julkisten palveluiden sektorit ovat täysin toisistaan riippumattomia kakkuviipaleita siten, että sektorien sisällä tehtävät päätökset eivät vaikuttaisi muihin. Tämä kuvitelma on kuitenkin väärä. Jos kaupunki alkaa säästää ylläpitokustannuksissa, vaikutukset terveydenhuoltoon ja ihmisten yleiseen hyvinvointiin ovat hyvinkin suoria. Katuvalojen vähentäminen saa ihmiset pelkäämään ja välttämään liikkumista pimeällä. Silkan pelon lisäksi liikkumattomuus saattaa vähentää kulttuurin kulutusta, sosiaalista kanssakäymistä tai kuntoa ylläpitävää liikuntaa. Ja talvisin ensiapuasemat täyttyvät sitä vilkkaammin liukastuneista kunnossapitolitiikan uhreista, mitä enemmän on päätetty säästää katujen puhdistuksessa.

Ongelmallisin ehdokas priorisointikriteeriksi, itseaiheutetut sairaudet, elää sitkeästi monien mielissä siitäkin huolimatta, että sen mahdottomuus on niin monesti osoitettu. Ensimmäinen mahdottomuus on siinä, että ei kukaan ole pystynyt esittämään minkäänlaista perustelua sille *miksi* itse aiheutettu sairaus tai vamma ei ansaitsisi samanlaista hoitoa kuin muut. Jos terveydenhuollon tehtävänä nähdään terveyteen ja elämään liittyvien tarpeiden tyydytys, mitä ihmeen merkitystä voi olla sillä, miten avuntarve on syntynyt?

Toinen ongelma on määrittelemättömyys. Jos itseaiheutettu halutaan kriteeriksi, sitä tulee soveltaa johdonmukaisesti kaikkiin itseaiheutettuihin sairauksiin ja vammoihin. Oliko todella oikein, että yhteiskunta kieltäytyisi hoitamasta lenkkeilijän akillesjännettä, tai että lestadiolaisäiti, jota on varoitettu uudesta raskaudesta, jätettäisiin kuolemaan?

Todellisuudessa itseaiheutetuista sairauksista puhujat eivät halua kriteeriksi itseaiheutettuja sairauksia vaan ainoastaan joukosta ne, joita voidaan moralistisesti

närkästellä, jotka itsensä muiden yläpuolelle asettavat moralistit voivat tuomita paheina. He myöskin näyttävät olettaen että ihmiselämän sisällöllinen hyvyys automaattisesti toteutuu “paheiden” kieltämisellä. Jos itseaiheutettu otetaan hoitokriteeriksi joudutaan tilanteeseen jossa yhteiskunnan olisi perustettava valtava määrä erilaisia tuomioistuimia jotka joutuisivat pohtimaan, onko jokin sairaus tai vamma todistettavasti itseaiheutettu. Ajatus on järjetön.

Terveydenhuollon tehtävänä ei ole etsiä syyllisiä ja syyttömiä, vaan auttaa ja hoitaa. Syyllistäminen (ja siten hoitamattomuus) myös analogian nimissä vaatisi, ettei esimerkiksi oikeudessa voitaisi määrätä kellekään yleistä oikeusavustajaa ennenkuin on selvitetty onko hän todella itse aiheuttanut tilanteen (syyllistynyt rikokseen) jossa oikeusapua tarvitsee - jolloin luonnollisestikaan hänelle ei sitä voitaisi myöntää. Ennen oikeudenkäyntiä jossa syyllisyydestä tai syyttömyydestä päätetään, pitäisi järjestää oikeudenkäynti, ilman oikeusavustajaa, syytetyn syyllisyydestä jotta voitaisiin päättää onko hän oikeutettu syyttömyydestään johtuen oikeusapuun oikeudenkäynnissä jossa hänen syyllisyydestään tai syyttömyydestään päätetään. Kuulostaa absurdilta, eikö totta?

Valitettavasti terveydenhuollosta – niin julkiselta kuin yksityiseltäkin puolelta – löytyy edelleen syyllistämishenkeä. Liian usein olen joutunut kuulemaan kauhutarinoita lääkäreistä jotka eivät näytä ymmärtävän asiallisen informaation antamisen eroa moraalisaarnasta. Lääkärin potilasta suurempi tietämys mahdollisista terveysriskeistä ei oikeuta toisten elämäntapojen arvostelemiseen ja moralistiseen paheksuntaan. Potilasparaka vain joutuu etsiskelemään seuraavaksi kerraksi suopeamman auttajan. Tosin hän on myös oppinut, että rehellisyys omien elämäntapojen suhteen on vihonviimeinen virhe minkä lääkärin vastaanotolla voi tehdä.

# ETENE:n JÄSENET JA VARAJÄSENET

## 1.10.2002-30.9.2006

### **Puheenjohtaja:**

Dosentti Martti Lindqvist  
Mäntyharju

### **Varsinaiset jäsenet:**

Ekonomi Jyrki Pinomaa  
Kuntokallio-Säätiö, Helsinki  
Kuntoutussuunnittelija Markku Lehto  
Mielenterveyskuntoutuksen kehittämiskeskus  
Johtajaylilääkäri Timo Keistinen  
Vaasan sairaanhoitopiiri, Vaasa  
Ylilääkäri Vuokko Rauhala  
Keski-Suomen keskussairaala, Jyväskylä  
Toiminnanjohtaja Pirkko Lahti  
Suomen Mielenterveysseura, Helsinki  
Ylilääkäri Veikko Aalberg  
HUS Lasten ja nuorten sairaala, HUS  
Apulaisosastopääll. Marjatta Blanco Sequeiros  
Sosiaali- ja terveysministeriö, terveysosasto  
Professori Hannu Hausen  
Oulun yliopisto, Hammaslääketieteen laitos  
Ylilääkäri Jaana Kaleva-Kerola  
Länsi-Pohjan keskussairaala, Kemi  
Hallintoneuvos Marita Liljeström  
Korkein hallinto-oikeus, Helsinki  
Professori Martin Scheinin  
Åbo Academi, Turku  
Dosentti Merja Nikkonen  
Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos  
Yliopistonlehtori Pekka Louhiala  
Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen l.  
Sairaalasielunhoidon koulutussiht. Sirkku Eho  
Kirkkohallitus, Helsinki  
Kansanedustaja Anne Huotari  
Eduskunta  
Kansanedustaja Tuula Väättäin  
Eduskunta  
Kansanedustaja Simo Rundgren  
Eduskunta  
Kansanedustaja Paula Risikko  
Eduskunta

### **Asiantuntijat:**

Arkkiatri Risto Pelkonen  
Kauniainen  
Farmaseuttinen johtaja Sirpa Peura  
Suomen Apteekkariliitto, Helsinki

### **Varapuheenjohtaja:**

Ylilääkäri Leena Niinistö  
Katriinan sairaala, Vantaa

### **Varajäsenet:**

Lääkäri Oiva Antti Mäki  
Tampere  
Asiantuntija Kati-Pupita Mattila  
Sininauhaliitto, Helsinki  
Johtava ylilääkäri Rauno Mäkelä  
A-klinikkasäätiö, Helsinki  
Erityisasiantuntija Anne Boström  
Suomen Työterveyshoitajaliitto ry, Helsinki  
Suunnittelija Soili Nevala  
Suomen lähi- ja perushoitajaliitto, Helsinki  
Ylilääkäri Esko Alhava  
Kuopion yliopistollinen sairaala, Kuopio  
Koulutussuunnittelija Aira Pihlainen  
Helsingin kaupunki, opetusvirasto  
Lääkäri Kalle Mäki  
Koskiklinikka, Tampere  
Apulaisyliääkäri Heikki Hinkka  
Kangasalan terveyskeskus, Kangasala  
Lakimies Irma Pahlman  
STTK, Helsinki  
Professori Veli-Pekka Viljanen  
Turun yliopisto, oikeustieteellinen tiedekunta  
Professori Hans Åkerblom  
Helsinki  
Professori Jaana Hallamaa  
Helsingin yliopisto, teologinen tiedekunta  
Professori Helena Leino-Kilpi  
Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos  
Kansanedustaja Pehr Löw  
Eduskunta  
Kansanedustaja Saara Karhu  
Eduskunta  
Kansanedustaja Merikukka Forsius  
Eduskunta  
Kansanedustaja Sirpa Asko-Seljavaara  
Eduskunta

### **Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto:**

pj, hallintoneuvos Raimo Pekkanen  
Espoo  
vpj, professori Helena Kääriäinen  
Turun yliopisto, lääketiet. genetiikan laitos

- 1 Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. (2001)  
ISBN 952-00-1076-9
- 2 Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och socialvården. (2001)  
ISBN 952-00-1077-7
- 3 Shared Values in Health Care, Common Goals and Principles. (2001)  
ISBN 952-00-1078-3
- 4 Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. (2002)  
ISBN 952-00-1086-6
- 5 Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998-2002. (2003)  
ISBN 952-00-1257-5
- 6 Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. (2003)  
ISBN 952-00-1269-9
- 7 TUKIJA 1999-2002. ETENE/Lääketeollinen tutkimuseettinen jaosto. (2003)  
ISBN 952-00-1299-0
- 8 Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. (2004)  
ISBN 952-00-1435-7
- 9 Vård i livets slutskede – Promemoria utgiven av riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). (2004)  
ISBN 952-00-1436-5
- 10 Autonomia ja heitteillejätö - eettistä rajankäyntiä. (2004)  
ISBN 952-00-1458-6