



COVID-19-epidemian eettinen arviointi

ETENE-julkaisuja 47

 **ETENE**

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan
eettinen neuvottelukunta (ETENE)



COVID-19-epidemian eettinen arviointi

*Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan
eettinen neuvottelukunta ETENE*

ETENE-julkaisu 47
Covid-19-epidemian eettinen arviointi
Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2018–2022

ISSN-L 1458-6193
ISSN 1797-9889 (verkkójulkaisu)
ISBN 978-952-00-6889-9 (PDF)

www.etene.fi/Julkaisut

Julkaisija:
Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE
Sosiaali- ja terveysministeriö
Helsinki 2020

Taitto: Marker Creative Oy

Sisällysluettelo

Puheenjohtajan puheenvuoro: Huomioita korona-ajasta Jaana Hallamaa	5
ETENEn näkemyksiä koronavirusepidemian eettisistä ulottuvuuksista	10
Kirjoituksia covid-19-epidemian eettisistä näkökulmista	
Poikkeustilan oikeutus hyvinvointivaltiossa? <i>Lasse Lehtonen</i>	27
Koronakriisillä on laaja-alaiset vaikutukset lapsiin ja nuoriin <i>Esa Iivonen</i>	31
Kynä on koronaa mahtavampi <i>Jaska Siikavirta</i>	36
Covid-19-pandemia ja mielenterveys <i>Lauri Kuosmanen</i>	40
Päätöksenteon perustelu liberaalissa demokratiassa – selitellyä, mutta sille olisi paikkansa <i>Matti Häyry</i>	42
Koronarajoitukset suojasivat taudilta, mutta monen iäkkään ja vammaisen henkilön hyvinvointi heikkeni <i>Päivi Topo</i>	48
Covid-19 Helsingin ikääntyneiden palveluissa – Havainnot johtamisen, henkilöstön ja iäkkäiden asiakkaiden näkökulmasta <i>Seija Meripaasi</i>	52
Terveys- ja hyvinvointieroja on torjuttava myös koronapandemian aikana <i>Liina-Kaisa Tynkkynen ja Ilmo Keskimäki</i>	56
Koronaan liittyvät eettiset ulottuvuudet eduskuntatyössä <i>Kim Berg</i>	59
Koronaepidemia paljasti pintakiillon <i>Jukka Sariola</i>	63
Katsaus sosiaalityön arkeen keväällä 2020 <i>Sonja Sulkakoski</i>	66
Mielen liikkeitä epidemian aikana <i>Virpi Sipola</i>	70
Covid-19-epidemia HUSissa, eettisiä näkökohtia <i>Teppo Heikkilä</i>	76
Voiko koronapandemiaakaan torjua hinnalla millä hyvänsä? <i>Mika Salminen</i>	82
Saako terveydenhuolto (covid-19) maksaa mitä tahansa? <i>Kati Myllymäki</i>	86
Liite 1: ETENEn kokoonpano 1.10.2018-30.9.2022	90

Puheenjohtajan puheenvuoro

Huomioita korona-ajasta


Jaana Hallamaa,

ETENEn puheenjohtaja, sosiaalietiikan professori, Helsingin yliopisto

Lukemattomien muiden suunnitelmien tapaan myös ETENEn vuoden 2020 kesäseminaarilla koskevat kaavailut oli muokattava uuteen uskoon covid-19-pandemian vuoksi. Vaikka olimme jo tottuneet sähköisten sovellusten varassa pidettäviin etäkokouksiin, seminaarille sovittiin myös kokoontumispaikka – Hanasaaren kulttuurikeskus. Hybridimallin mukaan seminaariin saattoi osallistua myös virtuaalisen kokouspalvelun välityksellä.

Covid-19-pandemia muutti ETENEn suunnitelmia myös syrjäyttämällä aiemmin esillä olleet keskusteluteemat. Viruksen leviämisen vaikutukset olivat kevään ja kesän aikana koskettaneet jokaisen neuvottelukunnan jäsenen arkielämää, mutta niiden valossa myös ETENEn tehtävän kannalta keskeiset kysymykset sosiaali- ja terveydenhuollossa olivat saaneet lisäsävyyttä. Tästä syystä kesäseminaarin otsikoksi valitsemamme COVID-19-epidemian eettinen arviointi ei ollut niinkään koronasta puhumisen trendiin mukautumista vaan ETENELLE asetuksessa säädetyn tehtävän toteuttamista.

”Covid – the great equalizer”?

Korona-aika on herättänyt valtavan tarpeen kommentoida pandemiaan liittyviä ilmiöitä julkisuudessa. Myös pop-tähti Madonna osallistui keskusteluun julkaisemalla maaliskuussa (23.3.2020) videon, jolla hän kutsuu covid-virusta suureksi yhdenvertaistajaksi: [”Covid is the great equalizer.”](#) 

Madonnan sanomaa kritisoitiin välittömästi, ja arvostelu vaikutti perustellulta jo tähden julkistaman videon kuvaston nojalla: ylellisessä ammeessa ruusunterälehtien keskellä yhdenvertaisuudesta puhuvalla Madonnalla ei näytä olevan käsitystä siitä, mitä kaikkea covid-19-pandemia tarkoittaa eri puolilla maailmaa erilaisissa olosuhteissa oleville ihmisille.

Hallituksen ja viranomaisten päätökset muuttavat arkielämää

Suomessa hallitus suositteli, että riskiryhmiin kuuluviksi määritellyt ihmiset eristyisivät omaehtoiseen karanteeniin. 📍 Niitä, joiden vastustuskyky on jostain syystä heikentynyt, kehoitettiin pysyttelemään erossa muista, ja yli 70-vuotiaille sanottiin, että tapaamisten välttely olisi kaikkien kannalta parasta. Näin voitaisiin välttää terveydenhuollon kuormittuminen. Asioitaan itse tavanomaiseen tapaan hoitavat eläkeikäiset valittivat saavansa osakseen paheksuvia katseita. Yksin asuvat vanhukset ja asumispalveluissa asuvat joutuivat eroon omaisistaan tavalla, joka tuntui paikoin kohtuuttomalta. Suomessa onnistuttiin kuitenkin pääosin välttämään virusinfektion leviäminen asumispalveluyksiköihin toisin kuin Ruotsissa, jossa hoitolaitoksissa asuvia vanhuksia kuoli tautiin.

Etätyöstä on puhuttu jo vuosia. Joissakin organisaatioissa ja yrityksissä on voitu käyttää osa työajasta kotona työskentelyyn. Erilaisia sähköisiä järjestelmiä on paikoin tarjottu mahdollisuudeksi osallistua neuvonpitoihin vaihtoehtona kokousmatkalle. Koronarajoitusten myötä etätyöhön siirryttiin nyt suorastaan vallankumouksellisen nopeasti ja laajasti. Yhteydenpidon ja työtehtävien edellyttämien älysovellusten ja verkkoyhteyden varassa yksi ja toinen keittiö, makuukamari ja vaatehuone muuttuivat kotitoimistoiksi, joista käsin hoidettiin mitä erilaisimpia töitä. 📍 Päivähoito- ja kouluikäisten lasten vanhemmat joutuivat oman ansiotyönsä ohella huolehtimaan myös lastenhoidosta ja tukemaan etäopetuksen varassa toteutettua koulunkäyntiä.

Edut ja haitat jakaantuvat epätasaisesti

Etätyövallankumous ei koskenut niitä, joiden työ edellyttää jossakin paikassa tai joidenkin kanssa olemista. Rakentamisen ja siivouksen voi toteuttaa vain paikan päällä. Vakavasti sairaita voidaan hoitaa vain olemalla läsnä ja kosketuksissa. Monet joutuivat totuttelemaan siihen, että työhön tuleminen alkaa erilaisten suojainten pukemisella. Alat, joita ei voida hoitaa etänä, alkoivat erottua muista myös kohonneena riskinä saada virustartunta. 📍

Osa kotitoimistolle siirtyneistä iloitsi lisääntyneestä vapaa-ajasta, kun työmatkoihin ei enää kulunut aikaa ja verkkokokouksetkin olivat lyhyempiä kuin tavanomaiset tapaamiset. Tutkijat havaitsivat ihmisten nukkuvan aiempaa enemmän. Työkuorma ei kuitenkaan jakaantunut tasan. 📍 Terveydenhuoltohenkilöstön mahdollisuutta päättää työajastaan ja lomistaan rajoitettiin. Monet joutuivat tekemään työvuoroja siinä määrin, että tunsivat joutuneensa venymään katkeamispisteeseen saakka.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakastapaamisia peruutettiin aluksi varmuuden vuoksi, mikä alkoi kasvattaa hoitojonoja ja uhkasi katkaista hoitosuhteita. Alettiin puhua hoitovelasta, joka syntyy, kun asiakas- ja potilastapaamisia ei kuukausiin ole voitu toteuttaa suunnitellulla tavalla.

Lehdet alkoivat julkaista toimittajien koronapäiväkirjoja, joissa nämä kuvasivat arkeaan ja erilaisten tehtävien yhteen sovittamista. Haastatteluissa jotkut ylistivät etätyön autuutta, sillä etätyö oli mahdollistanut linnoittautumisen kesämökille tai rauhoittanut perhe-elämän harrastuskarusellin kiihkosta. Toisille pakollinen kotona oleskelu merkitsi sosiaalisten siteiden haurastumista, päivittäisen liikunnan dramaattista vähenemistä ja lisääntyvää yksinäisyyttä.

Kymmenille tuhansille jaksamisen rajoille joutuminen ei johtunut siitä, että työtä olisi ollut liikaa, vaan siitä, että koronarajoitusten vuoksi heidän työnsä loppuivat joko väliaikaisesti tai pysyvästi. ➡ Rajoitusten välittömät ja kerrannaisvaikutukset alkoivat levitä koko yhteiskuntaan paitsi suomalaisten viranomaisten päätösten vaikutuksesta myös siksi, että monissa maissa tautitilanne pakotti sulkemaan yhteiskunnan toimintoja vielä radikaalimmalla tavalla kuin Suomessa jouduttiin tekemään.

Pintapuolinenkin katsaus covid-19-pandemian vaikutuksiin osoittaa, että Madonna on väärässä: korona ei tee ihmisistä yhdenvertaisia, vaan sen yhteiskunnalliset, taloudelliset ja sosiaaliset vaikutukset korostavat eroja. Ne, joilla on erilaisia voimavaroja, osaamista, verkostoja ja kykyjä käytettävissään, selviävät ja keksivät jopa uusia tapoja hyödyntää yllättävää tilannetta. Niille, joiden tilanne on ennestään heikko, korona ei ole uusien, luovien mahdollisuuksien varasto vaan uhka, joka vaarantaa oman elämän keskeiset turvatekijät monella tavalla. ➡

Koronakokemuksia ja -emootioita

Elokuussa ETENEn kesäseminaarin aikaan covid-19-viruksen leviämisen aiheuttamia poikkeusoloja oli eletty jo niin pitkään, että kaikille oli ehtinyt kertyä erilaisia koronakokemuksia. Ne, jotka olivat tulleet paikan päälle Hanasaareen, alkoivat spontaanisti jakaa tuntemuksiaan koronan värittämästä ajasta. Keskustelun seuraaminen vahvasti tiedotusvälineiden välittämän havainnon: koronakokemus on henkilökohtainen. Sopeutumistavoista kertominen toi esiin myös yhdistäviä seikkoja. Niille, jotka ovat voineet elää poikkeusoloja muiden kanssa tai ovat voineet jakaa kokemuksiaan, on tarjoutunut

mahdollisuus huojentaa huoliaan. Osa ihmisistä on kuitenkin joutunut selviytymään yhä enemmän itsekseen pelkojensa kanssa.

Eriarvoisuuden vaikutukset alkoivat ilmetä, kun tavanomaisten toimintamahdollisuuksien katoaminen innosti osaa innovatiiviseen luovuuteen, kun taas toiset – esimerkiksi ne, joilla ei ollut käytössään tietotekniikkaa ja sen edellyttämää osaamista – jäivät ilman virtuaalikanavien tarjoamia mahdollisuuksia. Siinä, missä jotkut tunsivat iloa oman kekseliäisyytensä varassa toteutuvasta aktiivisuudesta, toiset näkivät toimintamahdollisuuksiensa kutistuvan tavalla, joka sai lamaantumaan ja lisäsi passiivisuutta.

Korona synnytti myös erilaisia emootioita, jotka heijastuivat ihmisten toimintaan. Vesapaperia, maitojauhetta ja vehnä jauhoja ostettiin kotivarastoon niin, että hyllyt ammottivat välistä tyhjinä siitä huolimatta, että kaupan edustajat vakuuttivat myytävää riittävän kaikille. Hamstraamistaipumus on tapa rauhoittaa itseä tekemällä jotain konkreettista. Sittemmin ostovimman kohteena ovat olleet mikrokuitukangas ja ammattikäyttöön tarkoitetut kasvovisiirit. Niitä ei ole heti riittänyt kaikille.

Esiin on tullut myös synkkiä koronaemootioita. Huoli ilmenee epäluulona, mikä näkyy kyseenalaistamisena: ovatko päättäjät lainkaan tehtäviensä tasalla? Pandemia-asiantuntijoita on riittänyt toistamaan, kuinka tietämättömiä ja osaamattomia viranomaiset ovat. Päivittäisissä kohtaamisissa epäluulo purkautuu helposti syytelyksi ja moralisoinniksi. Onkohan kaikkien pakko poistua kotoa, matkustaa sinne tänne ja järjestää juhlia? Miksi ei huolehdi etäisyydestä? Kuinka ei pestä käsiä ja käytetä käsidesiä? Miksi liikutaan julkisilla paikoilla ilman kasvomaskia?

Etenkin pandemian alkuaikoina vallinnut epätietoisuus nostatti mieleen erilaisia pelkoja. Mahdollisuus sairastua vakavasti ja menehtyä sairauteen sai riskiryhmään kuuluvat ja heidän omaisensa pohtimaan tehohoidon riittävyttä ja hoidon priorisointia. Nuoruusajalle ominainen ajatus itsestä poikkeustapauksena vahvistui, kun kävi vähitellen ilmi, että vakava tautimuoto on nuorilla harvinainen. Väsymys poikkeustilassa elämiin alkoi näkyä asenteena, että tauti tarttuu, jos on tarttuakseen.

Poikkeuskäytännöt siirtyvät arkeen

Eri puolilla maailmaa on pandemian alettua ryhdytty kehittämään rokotetta. Venäjä ilmoitti elokuussa alkaneensa rokottaa ihmisiä – monien länsimaisten asiantuntijoiden

mukaan valmisteen testausvaiheita oikoen. Vaikka kehitystyö todennäköisesti tuottaa-kin tulosta, rokotteeseen perustuvan laajamittaisen immuniteetin aikaansaamiseen kuuluu vielä kuukausia tai vuosia. Covid-19-viruksen huomioon ottaminen on muuttunut osaksi normaalia elämää.

Tilanteen jatkuminen pakottaa pohtimaan taudinuhkaa ja sen vaikutuksia uudelleen. Karttuvan tiedon varassa viruspandemia voidaan suhteuttaa maaliskuun kriisitunnelma-aikaan verrattuna paremmin muihin käsillä oleviin ongelmiin. Vaikka vaara ohi-merkkiä ei ole näkyvässä, covid-19-pandemian rinnalla on alettava keskittymään kestävästä arjesta huolehtimiseen.

Monista edessä olevista vaikeuksista huolimatta Suomessa on toistaiseksi selvitty tilanteesta poikkeuksellisen hyvin. Sairastuneita ja tautiin kuolleita on paljon vähemmän kuin suurimmassa osassa Suomeen verrattavia valtioita. Vaikka taloudelliset ja muut menetykset ovat merkittäviä ja erilaiset vaikeudet jatkuvat vielä pitkään, yhteiskunnan perusrakenteet ovat kestäneet ja osoittaneet toimivuutensa.

Kestävään arkeen palaaminen edellyttää, että ryhdytään jälleen hoitamaan covid-19-pandemian varjoon jääneitä ongelmia. Samalla viruspandemia vaikeuttaa vielä pitkään monien sosiaali- ja terveydenhuollon tavanomaiseen toimintaan kuuluvien asioiden hoitamista. Monia tauteja on jäänyt diagnosoimatta ja hoitamatta. Kaikki eivät ole saaneet tarvitsemiaan kuntoutus- ja mielenterveyspalveluita. Etäopetuksen jäljiltä kaikki lapset ja nuoret eivät ole palanneet kouluun. Monet perheet tarvitsevat erityistä tukea.

Vaikka monet yhteiskunnan toiminnot pysähtyivät tai hidastuivat hetkeksi, ilmastonmuutos ja ympäristökriisi eivät pysähtyneet. Hyvästä korona-ajan ongelmien hoidosta huolimatta lukemattomat seikat muistuttavat myös siitä, ettei Suomi ole saari: kansainvälinen tilanne on aina myös kansallinen tilanne.

ETENEn näkemyksiä koronavirus-epidemian eettisistä ulottuvuuksista

Koronavirusepidemian aikana tehohoidon voimavarat ovat riittäneet niin, että sairastuneet ovat saaneet tarvitsemansa hoidon Suomessa. Koronavirusepidemia ja sen hillitsemiseksi säädetyt rajoitustoimet ovat kuitenkin lisänneet ihmisten yksinäisyyttä, aiheuttaneet huolta terveydestä ja toimeentulosta ja johtaneet siihen, että muut sairaudet ovat pahentuneet. Yhteen sairauteen keskittyminen on aiheuttanut yhteiskunnalle merkittävän hoitovelan. Haittojen ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi on suunnattava riittävästi voimavaroja helposti saataviin peruspalveluihin. Jokaisella on vastuu muuttaa arkipäiväisiä toimintatapojaan, jotta koronatilanne pysyisi hallinnassa ja eettisesti vaikeita valintatilanteita aiheuttavia rajoituksia ei enää tarvittaisi.


Uuden koronaviruksen (SARS-CoV-2) aiheuttama pandemia on tuonut sosi-
aali- ja terveydenhuollon päätöksentekoon vaikuttavat eettiset kysymykset
ja arvioinnin näkyviin aikaisemmasta poikkeavalla tavalla. Epidemiatilanne
– siihen varautuminen ja sen hoitaminen – ei ole terveydenhuoltojärjestel-
män tai yhteiskunnan kannalta uusi asia, mutta koronaviruksen aiheuttaman
taudin (covid-19) nopea globaali leviäminen ja verraten voimakas tartutta-
vuus sekä pienelle osalle ilmaantuvat vakavat, joskus kuolemaan johtavat
oireet, ovat saaneet päättäjät ryhtymään aikaisempiin pandemiatilanteisiin
verrattuna poikkeuksellisiin toimenpiteisiin lähes kaikkialla maailmassa.


Eettistä pohdintaa on jouduttu harjoittamaan olosuhteissa, joihin ei kaikilta
osin ole ehditty valmistautua tai jotka ainakin mittasuhteiltaan poikkeavat
selvästi aikaisemmasta. Suuri osa koronavirusepidemian aikana esiin tulles-

ta eettisistä näkökulmista koskee kuitenkin tavalla tai toisella kohtuuteen, ihmisten yhdenvertaisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen liittyviä, jatkuvia ja pysyviä sosiaali- ja terveydenhuollon eettisiä kysymyksiä ja asetelmia.

Tehohoito ja terveydenhuollon kantokyky

Koronavirusepidemian puhjetessa Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon etiikasta käytyä julkista keskustelua hallitsivat etenkin huoli tehohoitopaikkojen riittävydestä sekä potilaiden hoidon priorisointiperiaatteet, mikäli tehohoitopaikkoja ei riittäisi kaikille niitä tarvitseville.

Suomen perustuslain (731/1999) mukaan ketään ei saa asettaa eri asemaan esimerkiksi iän, terveydentilan tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Potilaslain (785/1992) mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Myös Suomen Tehohoitoyhdistyksen laatimissa tehohoidon [eettisissä ohjeissa](#)  painotetaan, että jokaisella ihmisellä on yhtäläinen oikeus tehohoidon tarpeen arviointiin. Esimerkiksi mielenterveysongelma, päihderiippuvuus, muistisairaus tai vammaisuus eivät saa estää tehohoidosta saatavan hyödyn arviointia.

ETENEn vuonna 2009 julkaisemassa [lausunnossa](#)  todetaan, että eettisenä lähtökohtana pandemiaan varautumisessa ja sen hoidossa tulee olla hyvän tekeminen, vahingon välttäminen ja välttämättömän hoidon ja huolenpidon antaminen kaikille potilaille. Lausunnossa todetaan myös, että pandemiatilanteessa sovelletaan yleisiä tehohoidon potilaiden valintakriteereitä.

Suomalaisilla teho-osastoilla toteutetaan vuosittain noin 20 000 hoitojaksoa, joten tehohoidon tarpeen arviointi ei ole kriittisesti sairaita potilaita hoitaville lääkäreille uusi asia. Kaiken hoidon aloittamisen lähtökohtana tulee olla lääketieteellinen arvio, onko annettavasta hoidosta potilaalle

todennäköisesti enemmän hyötyä kuin haittaa. Tarkkoja kriteereitä tehohoidon aloittamiselle ei ole mahdollista eikä tarpeen antaa, vaan päätöksenteko perustuu hoidosta vastaavien tilannekohtaiseen harkintaan, jossa arvioidaan muun muassa potilaan yleistä terveydentilaa.

Koronavirusepidemian aikana julkisessa keskustelussa on tuotu esiin huoli siitä, että esimerkiksi vammaisia tai ikääntyneitä rajattaisiin tehohoidon ulkopuolelle tai heille tehtäisiin niin sanottu elvyttämättäjäättämispäätös (DNR-päätös) etukäteen näihin ryhmiin kuulumisen perusteella. Nämä hoidon rajaukset tulee kuitenkin tehdä yksilöllisen arvion perusteella sen mukaan, onko näistä hoitomuodoista todennäköisesti odotettavissa enemmän haittaa vai hyötyä. Potilaslain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hänellä on oikeus kieltäytyä mistä tahansa hoidosta. Kaiken potilaalle annettavan hoidon tulee kuitenkin olla lääketieteellisesti perusteltua, mistä seuraa, että lääkäri voi tehdä DNR-päätöksen lääketieteellisin perustein myös vastoin potilaan tai potilaan läheisten tahtoa. Kun kuolema on väistämätön, potilaan etu on saada tehokasta ja oikea-aikaista oireenmukaista hoitoa, joka mahdollistaa rauhallisen ja hyvän kuoleman. Ajoissa tehdyillä hoitolinjauksilla voidaan myös edistää potilaan tahdon ja itsemääräämisoikeuden toteutumista. DNR-päätös tai esimerkiksi tehohoitoon liittyvä rajausta perustuu lääketieteelliseen kokonaisarvioon potilaan tilanteesta, eikä sitä saa kytkeä esimerkiksi siihen, onko samaan aikaan käynnissä tartuttavan taudin aiheuttama epidemia.

Pahimmillaan koronavirustartunnat voivat levitä niin nopeasti, että tehohoitopaikkoja ei riitä kaikille potilaille, jotka siitä lääketieteellisen arvion perusteella todennäköisesti hyötyisivät. Käynnissä oleva koronavirusepidemia luo terveydenhuoltojärjestelmälle joiltakin osin poikkeuksellisen tilanteen, mutta toisinaan tehohoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon priorisointia koskevaa päätöksentekoa voidaan joutua tekemään silloinkin, kun käynnissä ei ole tartuntatautiepidemiaa. Esimerkiksi suuronnettomuus voi aiheuttaa suuren äkil-

lisen tehohoidon tarpeen niin, että potilaita voidaan joutua asettamaan hoitojärjestykseen ja valikoimaan. Tällaisessa tilanteessa on ensisijaisesti selvitettävä, voidaanko potilaita tai hoitohenkilökuntaa siirtää siten, että kaikille kriittisesti sairaille potilaille pystytään tarjoamaan sellaista hoitoa, jota heidän katsotaan tarvitsevan. Jos näin ei pystytä tekemään, yleinen laajalti sovellettu eettinen periaate on tarjota hoitoa sille, joka todennäköisimmin hyötyy siitä eniten eli jonka selviytymismahdollisuudet ovat parhaimmat, ja tarjota muille potilaille muuta saatavilla olevaa, potilaan tilanteen kannalta mielekästä hoitoa.

Hyvänä voidaan pitää sitä, että koronavirusepidemiaa on pystytty jarruttamaan, tehohoidon kapasiteettia lisäämään ja potilaiden määrän kasvuun varautumaan myös keväällä, jolloin koronaviruksen aiheuttaman taudin tartuttavuudesta, vaarallisuudesta, riskiryhmistä ja hoidosta oli vielä niukasti tutkittua tietoa. Yhteiskunnassa on kiinnitettävä huomiota siihen, että tilanne, jossa tehohoitoa ei voida tarjota kriittisesti sairaille hoidosta todennäköisesti hyötyville potilaille, voi olla traumaattinen paitsi läheisille, myös hoitohenkilökunnalle ja laajemmin koko yhteiskunnalle.

Ikääntyneet sekä hoivakotien ja muun ympärivuorokautisen hoidon asukkaat

Koronavirusepidemian aikana eettistä keskustelua on käyty etenkin ikääntyneiden ja hoivakodeissa sekä muissa ympärivuorokautisen hoidon palveluyksiköissä asuvien tilanteesta. Koronaviruksen aiheuttama tauti on osoittautunut erityisen vaaralliseksi ikääntyneille ja niille, joiden terveydentila tai puolustusjärjestelmä on heikentynyt. Suomessa koronaviruksen aiheuttamaan tautiin tähän mennessä menehtyneiden mediaani-ikä on 84 vuotta, ja kuolleista lähes puolet on ollut sosiaalihuollon ympärivuorokautisten yksiköiden asukkaita.

Koronavirustartunnat leviävät herkästi sairaaloissa ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä, minkä vuoksi sosiaali- ja terveysministeriö kehotti valtio-

neuvoston tekemän linjauksen mukaisesti keväällä kuntia kieltämään kaikki muut kuin välttämättömät vierailut sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä (sairaaloissa, hoitolaitoksissa ja asumispalveluyksiköissä). Kriittisesti sairaiden ja saattohoidossa olevien ihmisten läheisten vierailulupiin sovellettiin kuitenkin tapauskohtaista harkintaa.

Monille hoivakotien ja muun ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä asuville tilanne on ollut vaikea. Esimerkiksi muistisairaajat eivät ole aina ymmärtäneet, miksi liikkumista rajoitetaan, ja suojavaarusteisiin pukeutunut henkilökunta on voinut huolestuttaa ja pelottaa. Läheisten poissaolo asukkaan arjesta yhdessä esimerkiksi päivätoiminnan vähentymisen tai lakkaamisen myötä on monissa tapauksissa nopeasti ja merkittävästi heikentänyt asukkaan toimintakykyä, mielialaa ja myös fyysistä terveyttä. Saattohoitopäätöksen tekeminen on saattanut viivästyä niin, että yleislinjasta poikkeavalle vierailulle ei ole ollut antaa perustetta eivätkä läheiset ole voineet hyvästellä kuolevaa. Vierailukielloja on sovellettu vaihtelevasti, kun viranomaisten ohjeistusta on tulkittu eri tavoin.


Vaikea eettinen kysymys on, miten potilaita ja asukkaita suojellaan heille vaaralliselta tartuntataudilta huolehtimalla samalla siitä, ettei potilaiden ja asukkaiden perusoikeuksia rajoiteta muuten kuin välttämättömin perustein. Rajoitustoimenpiteet voivat suojata tartunnalta ja mahdollisesti kuolemalta, mutta ne voivat aiheuttaa muita merkittäviä haittoja. Hoivakotien ja muun ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden asukkaiden yksinäisyydestä on tullut vakava ongelma koronavirusepidemian aikana, kun läheisiä ei ole ollut mahdollista tavata entiseen tapaan. Myös omassa kodissa asuvat ikääntyneet ovat joutuneet kärsimään fyysiseen ja psyykkiseen terveyden merkittävästi vaikuttavasta yksinäisyydestä.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies on ottanut kantaa sekä ympärivuorokautisen hoidon vierailukielloihin että yli 70-vuotiaille kohdennettui-

hin suosituksiin. Apulaisoikeusasiamiehen mukaan vierailuja koskevasta ohjeistuksesta on virheellisesti voinut saada sellaisen käsityksen, että vierailukielto olisi sitova ja perustuisi lakiin. Tartuntatautilain nojalla ei voi rajoittaa perusoikeuksia muuten kuin karanteeni- ja eristämistilanteissa. Vierailuja koskevilla rajoituksilla on kuitenkin todennäköisesti pystytty olennaisesti estämään vakavia terveyshaittoja ja kuolemantapauksia. (EOAK/3232/2020). Yli 70-vuotiaille osoitetut ohjeet eivät olleet apulaisoikeusasiamiehen mukaan syrjiviä, sillä ohjeiden tavoitteena on ollut perustuslaissa turvattujen hengen ja terveyden suojeleminen. Apulaisoikeusasiamiehen mukaan ohjeissa ei olisi kuitenkaan tullut puhua velvoitteesta, sillä kyseessä ei ollut oikeudellinen velvoite. Lisäksi ohjeet olisi tullut osoittaa mieluummin koko väestölle ohjeistaen riskiryhmiin kuuluvia tartunnalta suojautumiseen. (EOAK/2889/2020)

Epidemian jälleen kiihtyessä tulisi varmistaa, että taudin leviämisen kannalta turvallisia, kevään ja kesän 2020 aikana kehitettyjä vierailutapoja otetaan laajasti käyttöön hoivakodeissa ja muussa ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Asumispalveluyksiköiden asukkaat voivat pitää yhteyttä läheisiinsä puhelimitse tai videoyhteydellä, joskin on huomattava, että aina näin toteutettu yhteydenpito ei onnistu eikä vastaa asukkaan ja hänen läheistensä tarpeeseen olla yhteydessä keskenään. Tapaamisia voidaan järjestää ulkona tai tapaamisia varten suunnitelluissa, siirreltävässä tiloissa. Suojavarusteita käyttämällä voidaan pienentää koronaviruksen tarttumisriskiä. Asumispalveluyksiköissä ei ainakaan toistaiseksi voida käyttää erilaisia pika- ja vasta-ainetestejä tapaamisen tartuntariskien arvioimiseen.

On tärkeää, että hoivakotien asukkaat saavat riittävää sairaanhoidollista tukea. Koronavirustestauksia on voitu järjestää hoitoyksiköissä ja näin välttää asukkaita mahdollisesti rasittava matka yleiselle näytteenotto paikalle. Osa koronavirusepidemian aikana esiin tulleista ongelmista, kuten riittämätön palliatiivisen hoidon osaaminen ja sairaanhoidollinen apu (muun muas-

sa kivunlievitys), ovat jatkuva haaste hoivakodeissa ilman epidemiaakin. Päivystysluonteisen avun saamiseksi on jo alettu kehittää uusia käytäntöjä (esimerkiksi HUSin liikkuva sairaala [LiiSa](#) ) , joita tulisi omaksua muuallakin, jos niistä saatu kokemus on myönteistä.

Mikäli epidemian leviämisen ehkäiseminen edellyttää erilaisia rajoitustoimia, on tärkeää, että toimet suunnataan vain välttämättä estettävään toimintaan. On huomattava, että kaikki ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä asuvat eivät edusta mitään koronaviruksen aiheuttaman vakavan sairauden riskiryhmää. Rajoitustoimenpiteet on kohdistettava mahdollisimman pienelle alueelle, ja ne tulee purkaa välittömästi, kun tilanne helpottuu. Rajoitustoimia koskeva eettinen keskustelu ja kysymykset ovat tuoneet esiin tarpeen täsmentää itsemääräämisoikeuden toteuttamista sääteleviä lakeja.

Koronavirusepidemia on vaatinut hoivakodeissa ja muussa ympärivuorokautisessa hoidossa toimivalta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöltä paljon. Uusia käytäntöjä on jouduttu kehittämään nopeasti samaan aikaan, kun henkilökunnan on pitänyt ottaa vastaan sekä asukkaiden että heidän läheistensä pelkoa, huolta ja toisinaan myös syytöksiä. Huolta on voinut aiheuttaa myös suojavarusteiden riittämättömyys, oma riski sairastua ja oireetonta tautia sairastavan mahdollisuus levittää tartuntaa asukkaisiin. Työntekijöitä on kritisoitu myös julkisessa keskustelussa. Henkilökunnalla onkin etenkin koronavirusepidemian alkuvaiheessa todettu merkittävästi aikaisempaa enemmän työhön liittyvää henkistä kuormitusta, huolta ja ahdistusta. Läheisten poissaolo hoivakotien ja muun ympärivuorokautisen hoidon arjesta on lisännyt henkilökunnan työtä ja heikentänyt asukkaiden vointia. Läheisten merkitys hoivakodeissa ja ympärivuorokautisessa hoidossa on tullut koronavirusepidemian aikana aikaisempaa selvemmin näkyviin.

Lapset ja nuoret

Koronavirusepidemian kielteiset vaikutukset ikääntyneisiin tulivat ilmi varsin nopeasti. Sen vaikutukset lapsiin ja nuoriin voivat sen sijaan näkyä viiveellä ja jatkua vuosia tai vuosikymmeniä. Vaarana on eriarvoisuuden voimistuminen, sillä kielteiset vaikutukset voivat kasautua niille, jotka ovat jo ennestään muita heikommassa asemassa. Koronavirusepidemian aiheuttama yleinen epävarmuus tulevaisuudesta ja huoli lapsen tai nuoren omaa arkea koossa pitävien tekijöiden pysyvyydestä voivat kuitenkin vaikuttaa suureen osaan lapsia ja nuoria. Eri-ikäisiin lapsiin ja nuoriin kohdistuvat kielteiset vaikutukset voivat merkittävästi poiketa toisistaan, mikä tulee huomioida haittojen ehkäisemisessä ja hoidossa. Lapsiin ja nuoriin kohdistuvien kielteisten vaikutusten kustannukset tulevat esiin vasta pitkän aikavälin kuluessa, ja niiden määrittäminen on vaikeaa.

Suurin osa suomalaisista lapsista ja nuorista siirtyi keväällä 2020 nopeasti kouluista ja muista oppilaitoksista etäopetukseen. Muutoksen äkillisyys vaati nopeaa sopeutumista uusiin olosuhteisiin oppilailta, heidän perheiltään ja opettajilta. Myös syksyllä 2020 osa lapsista ja nuorista jatkaa opiskelua etäopetuksessa, ja etäopetus voi jälleen yleistyä, jos epidemiatilanne heikkenee ja uusia karanteenivaroitteita asetetaan.

Keväällä 2020 opetuksen järjestämisen tavat muuttuivat, ja samalla heikkeni mahdollisuus saada oppimisen ja koulunkäynnin tukea sekä oppilashuollon palveluja. Heikennyksistä kärsivät erityisesti ne lapset ja nuoret, jotka olivat jo ennen epidemiaa muita heikommassa asemassa. Syksyn aikana koulunkäynnin ja oppimisen tukea sekä oppilashuollon palveluja on taas alettu tarjota. Kevään jäljiltä työtä on kuitenkin paljon, ja tukea tarvitsevien määrä on kasvanut epidemiatilanteen erilaisten vaikutusten vuoksi.

Mikäli koronavirusepidemia pahenee niin, että on harkittava laajamittaista etäopetukseen siirtymistä, on tärkeää, että etäopetusjaksolle määritellään

sekä alueelliset että ajalliset rajat. Epävarmuus etäopetuksen kestosta voi sellaisenaan aiheuttaa huolta ja ahdistusta lapsille ja nuorille. On myös huomattava, että keväällä 2020 toteutetusta etäopetuksesta kärsineiden lasten ja nuorten sopeutumiskyky uusiin muutoksiin voi olla aiempaakin heikompi. Koulu on lapsille ja nuorille muutakin kuin paikka saada opetusta, ja koronavirusepidemia on tuonut esiin koulun erityisen merkityksen lasten ja nuorten hyvinvoinnille.

Keväällä 2020 myös lasten ja nuorten kotielämä ja vapaa-aika muuttuivat. Harrastustoiminta keskeytettiin, eikä suurin osa voinut tavata isovanhempia, sukulaisia ja ystäviä entiseen tapaan. Erilaiset arkea kannattelevat ja sitä rikastuttavat elementit, kuten valmistujaiset ja perhejuhlat, jäivät pitämättä tai niitä siirrettiin, jolloin jäätiin ilman sosiaalisesti vahvistavaa ja kehitystä tukevaa vaikutusta. Lasten vanhempia saattoivat huolestuttaa epidemian aiheuttaman yleisen epävarmuuden lisäksi esimerkiksi pelko työpaikan menettämisestä ja toimeentulosta, omasta tai läheisen terveydestä sekä henkisestä jaksamisesta. Työn ja perheen yhteensovittaminen saattoi tuottaa erilaisia vaikeuksia, kun lapset ja aikuiset opiskelivat ja työskentelivät kaikki kotona. Lähityötä tekevät vanhemmat saattoivat kantaa huolta koko päivän yksin kotona opiskelevista ja aikaa viettävistä lapsistaan. Läheisten aikuisten epävarmuus ja huoli vaikuttavat herkästi myös lapsen hyvinvointiin ja lapsen kokemaan huoleen.

Lapset, joiden kotioloja ovat jo ennen epidemiaa vaikeuttaneet erilaiset tekijät – esimerkiksi mielenterveyden ongelmat, alkoholismi tai väkivalta – ovat joutuneet erityisen haavoittuvaan asemaan. Kasvokkain toteutuvien tapaamisten harventuminen tai puuttuminen ovat voineet johtaa siihen, että tarve olla yhteydessä muihin voi voimistua, mikä puolestaan voi saada hakemaan hyväksyntää esimerkiksi sosiaalisesta mediasta myös lasten ja nuorten kannalta vahingollisella tavalla. Koronavirusepidemia on koetellut nuorten tulevaisuususkkoa, joka on jo ennen epidemiaa ollut koetteilla muun muassa ilmastonmuutoksen aiheuttaman huolen vuoksi. On tär-

keää, että nuorten vaikutusmahdollisuuksista huolehditaan ja että heitä kuullaan nuorten elämään vaikuttavissa asioissa.

Koronavirusepidemian kiihtyessä jälleen syksyllä 2020 on sekä keskityttävä estämään lisävahinkojen aiheutuminen lapsille ja nuorille että hoidettava jo aiheutuneita ongelmia. Lisäresurssien ohjaaminen viipymättä vaivatta saataviin peruspalveluihin, kuten neuvolapalveluihin, oppimisen ja koulunkäynnin tukeen sekä oppilas- ja opiskelijahuollon palveluihin, on keskeistä. Moni selviää nopeasti itse eteenpäin, kun tarjolla on tilanteeseen uusia mahdollisuuksia avaavaa, helposti saatavaa tukea ja ohjausta. Perheille, joissa on pieniä lapsia, tueksi voi riittää tavallista tiiviimpi yhteys neuvolan terveydenhoitajaan tai lyhytkestoinen tuotava apu (esimerkiksi lastenhoitoapu). Oppimisen ja koulunkäynnin tukeen sekä oppilas- ja opiskelijahuollon palveluihin panostaminen voi riittää monelle lapselle ja nuorelle vaikean tilanteen kohentamiseen. Huolia ja ongelmia voi olla helpompi käsitellä tutun terveydenhoitajan tai muun tutun ammattilaisen kanssa, eikä esimerkiksi neuvolan tai oppilashuollon palveluiden käyttäminen leimaa ketään.

Lasten ja nuorten arkea kannattelevien tekijöiden pysyvyydestä on huolehdittava epidemian kestäessäkin. Esimerkiksi harrastustoiminnan jatkuminen voidaan turvata esimerkiksi kieltämällä ylimääräisten henkilöiden läsnäolo harrastuspaikoilla sen sijaan, että harrastustoiminta keskeytetään kokonaan. Näin voidaan varmistaa, etteivät koronavirusepidemian ja sen vuoksi säädettyjen rajoitusten aiheuttamat ongelmat kasaannu eikä niiden hoitamisesta tule ajan mittaan yhä vaikeampaa ja merkittävästi kalliimpaa. Lapsia ja nuoria koskevassa päätöksenteossa on pidettävä mielessä se, että koronaviruksen aiheuttama tauti on vain harvoin heille vaarallinen.

Palvelujärjestelmä ja hoitovelka

Koronavirusepidemian alettua levitä Suomessa säädettiin ja pantiin toimeen erilaisia rajoitustoimia. Ne yhdessä sen kanssa, että ihmiset noudattivat laajamittaisesti viranomaisten antamia käyttäytymishojeita, vaikuttivat siihen, että terveydenhuoltojärjestelmän kantokyky kesti ja tehohoidon kapasiteetti riitti. Suomessa onnistuttiin välttämään laajamittaisen epidemian aiheuttama inhimillinen katastrofi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja jouduttiin kuitenkin vähentämään tai keskeyttämään, kun terveydenhuollossa pyrittiin varautumaan koronavirusepidemian aiheuttamaan potilasmäärän kasvuun. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa jouduttiin siirtämään ja kouluttamaan muun muassa tehohoidon yksiköihin ja koronaviruksen aiheuttamaa tilannetta koskevan neuvonnan ja infektioituneita testaavan näytteenoton yksiköihin. Kiireetöntä hoitoa ja leikkauksia siirrettiin ja terveystarkastuksia sekä seulontoja peruttiin.


Monet palveluja tarvitsevat ihmiset eivät uskaltaneet hakeutua tarvitsemansa palvelun pariin koronavirustartunnan pelossa. Osa ihmisistä koki velvollisuudekseen olla kuormittamatta terveydenhuoltojärjestelmää. Epidemian alkuvaiheessa ei tiedetty tarkkaan, millä tavalla palveluja voitaisiin tarjota, kun lähikontakteja kehoitettiin välttämään. Terveydenhuollon tavanomaisten palveluiden estyminen tai viivästyminen ovat aiheuttaneet hoitovelaksi kutsutun tilanteen, jonka purkaminen vie kauan. Hoitamatta jääneet terveysongelmat voivat merkittävästi pahentua, jolloin niiden hoitaminen vaikeutuu ja käy aiempaa kalliimmaksi. Hoitovelan kokonaishintaa on vaikea arvioida, ja se selviää vasta ajan myötä.

Epidemian kiihtyessä on tärkeää, että rajoitustoimista päätettäessä arvioidaan niiden vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuteen. Koronavirusepidemiaa ei saa käyttää perusteena rajoittaa palvelujen saatavuutta enempää kuin on välttämätöntä, ja tarvittaessa palvelut on taattava järjestämällä ne tavanomaisesta poikkeavalla tavalla, kuten etä-

yhteyksiä hyödyntäen. Kaikki ihmiset eivät kuitenkaan pysty käyttämään etäyhteyksiä, eikä kaikkia palveluita voida toteuttaa niiden varassa. On tärkeää tiedottaa tehokkaasti, että etäpalveluja on saatavilla ja että ihmisillä on oikeus saada palveluja epidemian levitessäkin. Poikkeusolot ovat osoittaneet, että esimerkiksi perheet eivät tiedä, että laki takaa oikeuden saada apua ja tukea arjessa selviytymiseen.

Päätöksenteko ja priorisointi

Koronavirusepidemia kiihtyy syksyllä 2020 jälleen selvästi, ja tartuntojen hidastamiseen tähtääviä toimenpiteitä toteutetaan ja suunnitellaan sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Päätöksentekotilanne poikkeaa merkittävästi kevään 2020 olosuhteista: suojarusteita on saatavilla, tehohoidon kapasiteettia voidaan tarpeen tullen jossain määrin lisätä ja vakavan taudin saavia potilaita osataan hoitaa aiempaa paremmin. Tietoa on enemmän tarjolla viruksen tartumisesta ja siitä, millaiset yksilölliset tekijät kasvattavat koronaviruksen aiheuttaman vakavan taudin riskiä. Synkimmät arviot vakavan tai kuolemaan johtavan taudin saavien potilaiden osuudesta eivät onneksi toteutuneet.

Suomessa kuolee vuosittain yli 50 000 ihmistä. Eniten ihmisiä kuoli esimerkiksi vuonna 2018 verenkiertoelinten sairauksiin, syöpäsairauksiin sekä muistisairauksiin ([Tilastokeskus](#) ), jotka yhdessä aiheuttivat noin kolme neljäsosaa kuolemista. Esimerkiksi muistisairaana ja muita sairauksia sairastavan iäkkään ja hauraan ihmisen kuoleman aiheuttaa verraten usein bakteerin tai viruksen aiheuttama keuhkokuume. Terveydeltään hauraan ihmisen elimistölle mikä tahansa lisärasite voi olla kohtalokas. Suomalaisten keskimääräinen elinikä on pidentynyt, ja monilla toimilla – kuten erilaisilla seulonnoilla, terveystarkastuksilla, lääkityksellä, terveellisiin elintapoihin opettamisella – voidaan siirtää kuolemaa ja tehdä ihmisten viimeisistä elinvuosista laadullisesti parempia. Sosiaali- ja terveydenhuollon rajallisten resurssien kohdentaminen on päätöksentekoa, jolla pyritään mahdollisimman suureen vaikuttavuuteen. Resurssien käyttäminen ja toimenpiteiden kohdistaminen

minen jonkin sairauden ennaltaehkäisyyn tai hoitamiseen on käytännössä priorisointia, joka johtaa siihen, että resursseja voidaan suunnata vähemmän joidenkin muiden terveysongelmien hoitamiseen.

Ennen koronavirusepidemian hallitsemiseksi suunniteltujen rajoitustoimenpiteiden toimeenpanoa on arvioitava kokonaisvaltaisesti koronaviruksen aiheuttaman taudin kunkin hetkisiä, todellisia vaikutuksia. Arviointiin vaikuttaa ratkaisevasti muun muassa se, voidaanko tartuntaketjut jäljittää, ovatko havaitut tartunnat jo karanteenissa olevilla todettuja jatkotartuntoja, kuinka paljon sairastuneita on sairaala- ja tehohoidossa, onko viruksen tartuttavuus muuttunut ja onko viruksen mahdollinen muuntuminen vähentänyt tai lisännyt vakavien sairastapausten osuutta.

Yhtä tärkeää on punnita rajoitustoimenpiteiden välittömiä ja välillisiä vaikutuksia ihmisten fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, hyvinvointiin sekä talouteen. Kaikkia koronavirusepidemian kielteisiä kokonaisvaikutuksia ei vielä tunneta, mutta aiempien havaintojen perusteella voidaan sanoa, että esimerkiksi yksinäisyys, työttömyys ja huoli toimeentulosta lisää psyykkistä oireilua ja johtaa siihen, että itsemurhat yleistyvät jonkin ajan kuluttua. Luotettavaa tutkimustietoa on joiltakin osin saatavilla siitakin, minkälainen vaikutus hoidon viivästymisellä on ihmisen terveyteen ja minkälaisia lisäkustannuksia tulee siitä, että sairauksia ei hoideta ajoissa, vaan vasta kun ne ovat päässeet pahenemaan. Ennakoiva kokonaisarviointi on sen vaikeudesta huolimatta välttämätöntä. Helposti saatavaan psykososiaaliseen tukeen ja perusterveydenhuollon palveluihin on kohdennettava tarvetta vastaavat resurssit ongelmien pahenemisen välttämiseksi.

Koska rajoitustoimet vaikuttavat siihen, kuinka ihmisten perusoikeudet toteutuvat, on tärkeää, että niitä käytetään vain perustellusti ja tarkkaan harkiten. Ne on rajattava kestoaltaan mahdollisimman lyhyiksi ja suunnattava vain tarkasti kohdennetulle alueelle. Viranomaisten harkittavaksi jää, mikä tai mit-

kä rajoitustoimet otetaan käyttöön, mikä tarkoittaa perusoikeuksien asettamista tärkeysjärjestykseen. Rajoitustoimenpiteistä koituvat hyödyt ja haitat kohdistuvat epätasaisesti eri väestöryhmiin, minkä vuoksi on huolellisesti arvioitava, hyötyvätkö heikommassa asemassa olevat niistä vai kohdistuvatko niiden haitat erityisesti heihin. Monien ilmaisema toive saada yksiselitteisiä, aukottomia ja yksityiskohtaisia ohjeita, suosituksia ja rajoituksia on ymmärrettävä, mutta sellaisia on mahdotonta laatia. Käytännössä on turvaututtava tapauskohtaiseen harkintaan inhimillisten katastrofien estämiseksi.

Erilaisia eettisiä valintoja

Syksyn 2020 ja sitä seuraavan talven kuluessa tehtävät päätökset ja toimet, joihin ryhdytään koronavirustartuntojen leviämisen ehkäisemiseksi, koostuvat merkitykseltään erilaisista eettisistä valinnoista. Yhtäältä on välttämätöntä arvioida toimenpiteiden tosiasiallinen vaikutus tilanteisiin, jossa tauti tyypillisesti ja voimakkaimmin leviää. Toisaalta on arvioitava, mihin ihmisryhmiin toimenpiteiden myönteiset ja kielteiset vaikutukset ennen muuta kohdistuvat. Huolellinen eettinen analyysi toimenpiteiden kohdentumisesta, hyödyistä, haitoista ja haittojen vakavuudesta voi auttaa sekä päätöksentekoa että toimenpiteistä viestimistä.

On erotettava pienet, verraten arkipäiväiset uhraukset inhimillisistä katastrofeista. Toimintatapojen muuttaminen, kuten aiempaa tarkempi hygieniasta huolehtiminen, etäisyyden pitäminen omaan lähipiiriin kuulumattomiin, etätöön tekeminen, tavallista pienempien tilaisuuksien ja juhlien järjestäminen, koronavirustestissä käyminen sekä kotona pysytteleminen lievästikin oireilevana, vaatii uusiin käytäntöihin totuttelemista ja niiden opettelemista. Kaikesta tästä voi koitua erilaista epämukavuutta. Tällaiset toimet eivät kuitenkaan rajoita eettisesti ongelmallisella tavalla ihmisten perusoikeuksia ja vapautta. Kun jokaisen vastuulle jätettyjä toimia verrataan koronavirusepidemian ja sen ehkäisemiseksi säädettyjen rajoitustoimenpiteiden eettisesti vakavampiin seurauksiin – kuolemaa lähestyvät ih-

miset eivät voi tavata läheisiään ja joutuvat kuolemaan yksin, ikääntyneet joutuvat elämään eristyksissä, muita heikommassa asemassa olevat lapset eivät pääse kouluun, suuri joukko sairauksia ja sairaita jää hoitamatta ja ihmiset menettävät työnsä ja toimeentulonsa – on selvää, että jokaisella on painava velvollisuus tehdä voitavansa sen suhteen, että kevyemmät keinot riittäisivät epidemian hallitsemiseksi. Sivistisyhteiskunnan tunnusmerkkeihin kuuluu heikoimmista huolehtiminen. Niiden, joilla on enemmän voimavaroja, tulee kantaa suurempi vastuu kriisin hoitamisesta.

Koronavirusepidemian opit

Koronavirusepidemia on opettanut paljon. Koko yhteiskunta on ottanut laajasti toteutetun ja nopean digiloikan tavalla, joka olisi suunniteltu prosessina todennäköisesti ollut mahdoton tai vienyt vuosia. Pakon edessä uudet käytännöt omaksuttiin ja otettiin käyttöön viikoissa tai kuukausissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarjotaan syksyllä 2020 innovatiivisesti digitaalisia ratkaisuja hyödyntäen, ja monet käytännöistä vakiintunevat pysyviksi. Ihmiset ovat oppineet infektioiden leviämisestä ja torjumisesta sekä hyvän hygienian merkityksestä ja soveltaneet oppimaansa käytäntöön. Tätä ymmärtämystä tarvitaan, sillä monille ihmisille erilaiset infektiot ovat vaarallisia myös, kun varsinaista epidemiaa ei ole.

Kriisitilanteissa johtamisen ja viestinnän merkitys korostuu. Riittävä asiallinen tieto epidemiasta ja suunnitelluista tulevaisuuden toimenpiteistä epidemian kussakin vaiheessa voi estää ihmisten kokemaan hätää ja huolta. Jotta viranomaisten ja median viestinnällä ei aiheutettaisi pelkoa, on tärkeää suhteuttaa koronavirukseen liittyviä riskejä joihinkin muihin elämässä esiintyviin riskeihin. Johtamis- ja viestintäkoulutusta ja osaamista on vahvistettava sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viestinnän on oltava ymmärrettävää ja avointa, mutta siinä on otettava huomioon myös ihmisten toisistaan poikkeavat elämäntilanteet ja olosuhteiden vaikutus.

Koronavirusepidemian aiheuttama epävarmuus ja huoli ovat voineet olla monelle uudenlainen kokemus. Toisille huoli ja epävarmuus tulevaisuudesta, oman tai läheisen terveydestä tai jaksamisesta ovat syystä tai toisesta osa arkipäivää koronavirusepidemian jälkeenkin. YK:n pääsihteeri António Guterres on todennut: "This is, above all, a human crisis that calls for solidarity." Koronavirusepidemian aikana yhteiskunnassamme on syntynyt spontaania solidaarisuutta, apua ja myötätuntoisia tekoja. Ymmärrys ja empatia toisten kokemaa huolta ja hätää kohtaan ovat voineet voimistua tavalla, joka kelpaa opiksi ja ohjenuoraksi vielä kauan koronavirusepidemian jälkeenkin.

Johtopäätökset

- *Tilanne, jossa tehohoitoa ei voitaisi tarjota vakavasti sairaille, hoidosta todennäköisesti hyötyville potilaille, olisi traumaattinen läheisille, hoitohenkilökunnalle ja koko yhteiskunnalle.*
- *Epidemian levitessä ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa yksiköissä on vierailukieltojen sijaan luotava asukkaille mahdollisuus tavata läheisiään turvallisesti niin, että kaikkien asukkaiden henkeä ja terveyttä voidaan suojella.*
- *Lasten ja nuorten elämään vaikuttavia suosituksia ja rajoituksia laadittaessa on pidettävä mielessä se, että koronaviruksen aiheuttama tauti ei tyypillisesti ole vaarallinen lapsille ja nuorille ja että rajoitusten haitat voivat vaikuttaa heidän elämänsä vuosia tai vuosikymmeniä.*
- *Jotta epidemian lapsiin ja nuoriin kohdistuvia haittoja voitaisiin hoitaa ja ehkäistä mahdollisimman tehokkaasti, peruspalveluihin, kuten neuvolapalveluihin, oppimisen ja koulunkäynnin tukeen sekä oppilas- ja opiskelijahuollon palveluihin, tulee viipymättä kohdentaa tarvetta vastaavat resurssit.*

- *Koronavirusepidemiaa ei saa käyttää perusteena rajoittaa palvelujen saatavuutta enempää kuin on välttämätöntä. Tarvittaessa palvelut on taattava järjestämällä ne esimerkiksi etäyhteyksiä hyödyntäen.*
- *Kansalaisten ja yhteiskunnan eri toimijoiden ilmaisema tarve saada viranomaisilta yksiselitteisiä ja yksityiskohtaisia rajoituksia ja suosituksia on ymmärrettävä. Inhimillisiä katastrofeja voidaan kuitenkin estää parhaiten, kun rajoituksia ja ohjeistuksia laadittaessa käytetään tilannekohtaista harkintaa ja kaikki toimet perustetaan viimeisimpään tutkittuun, näyttöön perustuvaan tietoon.*
- *Yhden sairauden ehkäisyyn ja hoitoon kohdennetut resurssit vähentävät muiden sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon suunnattavia voimavaroja. Rajoitustoimilla on voitu ehkäistä koronavirukseen sairastumista ja sen aiheuttamia kuolemia, mutta toimet ovat voineet pahentaa muita sairauksia ja terveystaittoja.*
- *Epidemiaa voidaan hillitä tehokkaasti muuttamalla arkipäiväisiä toimintatapoja. Jokaisella on vastuu muuttaa omia tottumuksiaan suositusten mukaisesti niin, että eettisesti vaikeita valintatilanteita aiheuttaviin rajoituksiin ei tarvitse turvautua. Niiden, joilla on muita enemmän voimavaroja, tulee kantaa erityistä vastuuta kriisin hoitamisesta.*

Kirjoituksia covid-19-epidemian
eettisistä näkökulmista

Poikkeustilan oikeutus hyvinvointivaltiossa

Lasse Lehtonen,

Terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto

Poikkeusolojen toteaminen maaliskuussa 2020

Kiinan Wuhanista maailmalle levinnyt SARS-CoV-2-virus johti Suomessa valmiuslakien käyttöönottoon ensimmäistä kertaa niiden säätämisen jälkeen. Valtioneuvosto totesi 16.3.2020 yhdessä tasavallan presidentin kanssa poikkeusolojen olemassaolon (Valtioneuvosto 2020a). Valtioneuvoston poikkeusolojen toteamista koskevassa muistiossa todetaan muun muassa, että tartuntalain mukaiset säännönmukaiset toimivaltuudet eivät riitä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan turvaamiseen. Valmiuslain mukaiset poikkeusolojen toimivaltuudet olivat voimassa 16.6.2020 saakka.

Eduskunnan perustuslakivaliokunta arvioi valmiuslain toimivaltuuksien voimaantuloa sekä valtioneuvoston valmiuslain perusteella antamia niin sanottuja täytäntöönpanoasetuksia. Täytäntöönpanoasetuksista terveydenhuoltoa koskivat muun muassa eräiden lääkkeiden myyntirajoitukset sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden työvelvollisuus (Valtioneuvosto 2020b). Perustuslakivaliokunnan tarkastelussa poikkeusolojen olemassaolo hyväksyttiin, koska koronaviruspandemian katsottiin uhkaavan terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa, eikä epidemian levitessä Suomessa kaikille pystyttäisi varmistamaan perustuslain edellyttämiä riittäviä sairaanhoidon palveluja (Perustuslakivaliokunta 2020). Tämä taas johtaisi tarpeettomasti ihmishenkien menetykseen Suomessa, kuten joillain koronaepidemian runtelemilla alueilla Pohjois-Italiassa oli helmikuussa 2020 käynyt. Yksinkertaistaen voidaan todeta, että koronapotilaiden hoitoon tarvittavien tehohoitopaikkojen puute maaliskuun 2020 tilanteessa ajoi Suomen poikkeustilaan.

Poikkeustilaan liittyvä viestintä vaikutti voimakkaasti väestön käytökseen. Viranomaisien antamia ohjeita muun muassa suojaetäisyyksistä, kokoontumisrajoituksista ja käsi-

desin käytöstä noudatettiin tarkasti. Käsidessin saatavuudesta tuli ajoittain jopa pulaa. Suuri osa töissä käyvistä siirtyi tekemään etätyötä. Kun vielä kokoontumisia rajoitettiin, pysähtyi koronaepidemian ensimmäisen aallon eteneminen Suomessa huhtikuun puoliväliin. Tehohoitoa tarvitsevien ja covid-19-sairauteen kuolleiden potilaiden määrä pysyi koko kevään 2020 pienempänä kuin mitä poikkeusolojen perustana olevat arvioinnit olivat ennakoineet. Ilman maaliskuussa toteutettuja rajoitustoimia tartunnan saaneiden ja tautiin kuolleiden määrä olisi todennäköisesti noussut merkittävästi ja lähelle esimerkiksi Ruotsin tasoa.

Hillitä vai tukahduttaa

Koronaepidemian rajoittamistoimet synnyttivät välittömästi väittelyä niiden oikeasuhtaisuudesta. Keskustelua käytiin niin väestön terveyden ja taloudellisen toiminnan tarpeiden välillä kuin siitä, pitääkö vain pyrkiä hillitsemään epidemian etenemistä vaiko pyrkiä tukahduttamaan koronaepidemia kokonaan. Koronaepidemian tukahduttajat korostivat, että vain riittävän tiukoilla rajoitustoimenpiteillä voitaisiin luoda turvalliset olosuhteet talouden toiminnalle. Koronaepidemian hillitsijät taas toivat esiin, että tiukat rajoitustoimet sinänsä haittaavat talouden toimintaa ja rajoittavat kansalaisvapauksia liiallisesti eli että epidemian hoito voi jossain tapauksissa olla pahempaa kuin epidemia itse. Innokkaimmat terveystaloustieteen harrastajat laskivat rajoitustoimien avulla säästetyn ihmishengen hinnalle hyvin korkeita euromääriä. Tukahduttamista perustelleet taloustieteilijät puolestaan katsoivat taloudellisten menetysten (mm. matkailulle ja ravintoloille) olevan suoraan seurausta epidemian vaikutuksista ihmisten käyttäytymiseen (Myllärniemi ym. 2020).

Eri Pohjoismaat omaksuivat epidemian hoidon suhteen erilaiset linjat. Norjan linjaa voi pitää pyrkimyksenä epidemian tukahduttamiseen, kun taas Ruotsin linja on ollut vain epidemiaa hillitsevää. Vaikka Suomen ja Ruotsin viranomaiset ja hallitukset tekivät pandemian alussa yhteistyötä, siirtyi Suomi maaliskuussa 2020 käytännössä koronaviruksen tukahduttamislinjalle toteamalla ensin poikkeusolot ja sitten toteuttamalla valmiuslain mukaisia rajoitustoimia.

Valtio ja ilmestyskirjan ratsastajat

Poikkeustilan legitimitietin ymmärtämistä voi havainnollistaa raamatullisilla uhkakuville. Johanneksen ilmestyskirjan ratsastajat kuvataan ruton, sodan, nälän ja kuoleman vertauskuvina. Ne kuvaavat omalla tavallaan yhteiskunnan perusrakenteisiin kohdistuvia tuhovoimia. Järjestäytyneet yhteiskunnat ovat jo vuosituhansia koettaneet suojella

jäseniään niin väkivaltaisilta vihollisilta kuin kulkutaudeiltakin. **Yövärtijavaltion** puolustautumisen toimintamallit kulkutaudeilta suojautumisessa ovat siksi paljon vanhempia kuin hyvinvointivaltion ideologia. Omalla tavallaan hyvinvointivaltion ajatus jokaisen terveyden turvaamisesta yhteiskunnan velvollisuutena pohjautuu lopulta yhteisön ikaikaiseen velvollisuuteen suojata jäseniään uhkaavilta kulkutaudeilta.

Pohjoismaisessa **hyvinvointivaltiossa** resurssien allokoinnin prosessi on demokraattinen ja evolutiivinen: Poliittiset päättäjät pyrkivät vaalikausi toisensa jälkeen edistämään oman viiteryhmänsä asemaa. Asiantuntijat tuottavat päätösten taustaksi tietoa erilaisien toimintalinjojen vaikutuksesta väestön hyvinvointiin ja sen jakautumiseen. Kulkutaudeilta suojautuva yövärtijavaltion toimintamalli on paljon suoraviivaisempi ja perustuu valtiojohdon antamiin käskyihin ja kieltoihin, joihin ei liity päätöksiä edeltävää kansalaiskeskustelua. Välittömän vaaran uhatessa hyvinvointivaltio voi ottaa käyttöön yövärtijavaltion toimintatavat turvatakseen perusrakenteensa.

Oikeusvaltiossa lähtökohtana poikkeusolojen toimivaltuuksien käytölle on, että niiden tehokkaalla käytöllä päästään nopeasti takaisin normaalitilanteeseen. Siksi Suomen valmiuslain toimivaltuuksien voimassaolon kesto on rajattu. Jotta valtioneuvosto ei poikkeusolojen aikana rikkoisi demokraattisen oikeusvaltion perusteita, on rajoitustoimien lisäksi oltava välttämättömiä ja oikeasuhtaisia toimia poikkeusoloihin liittyvän uhan torjumiseen. Suomessa tulkitaan tiukasti välttämättömyysvaatimusta perusoikeuksien rajoittamisen suhteen. Vaikka kyseessä olisi laajalle levinnyt yleisvaarallinen tartuntatauti, on jokaiselle kuuluvia vapauksia ja oikeuksia mahdollista valmiuslain perusteella rajoittaa vain tarkkarajaisesti.

Rajoitusten oikeutus pandemiassa

Suomi – kuten lukuisat muutkin maat – toimi koronavuonna 2020 yövärtijavaltion tavoin. Matkustusta rajoitettiin niin valtion rajoilla kuin maan sisäisesti (Uudenmaan liikkumisrajoituksella), yli 20 hengen kokoontumiset kiellettiin, ravintolat suljettiin ja väestöä kehoitettiin pitämään vähintään kahden metrin etäisyyttä kanssaihmiin. Ikäihmiset eristettiin valtioneuvoston suosituksella koteihinsa taikka laitoksiin. Rajoitukset toivat suuria muutoksia ihmisten jokapäiväiseen elämään – iso joukko ihmisiä vietti kevään lähinnä kotonaan ilman perheen ulkopuolisia sosiaalisia kontakteja.


Valmiuslain ja tartuntatautilain mukaiset rajoitukset hyväksyttiin lopulta väestössä melko yksimielisesti. Eduskunnassakin keskustelu rajoituksista keskittyi enemmän niiden

asettamisen prosessin oikeellisuuteen kuin itse rajoitusten sisältöön. Ylintä valtiovaltaa käyttävät kansanedustajat pitivät melko lailla itsestään selvänä, että koronaepidemiaalta täytyy suojautua ja että rajoituksia tarvitaan. Kevään edetessä Ruotsin malli ja siellä lisääntynyt kuolonuhrien määrä vielä vahvistivat käsitystä omasta onnistumisesta Suomen väestön suojaamisessa.


Kansanterveystyö valtion tasolla perustuu yleensä hyvään näyttöön toiminnan vaikuttavuudesta (esim. sydän- ja verisuonitautien vähentäminen vaikuttamalla väestön ruokatottumuksiin, tupakointiin ja liikuntaan). Tartuntatautien leviämisen ehkäisemisestä rajoitustoimin on lopulta varsin vähän tutkimuksellista näyttöä. Esimerkiksi kokoontumisrajoitusten henkilömäärät ovat aika lailla hatusta vedettyjä – mistä siis tiedetään, onko enintään 5, 20 vaiko 50 hengen ryhmä koronatartuntojen suhteen turvallinen vai ei. Yksilön perhe-elämän tasolla nämä rajoitukset ovat kuitenkin erittäin merkittäviä – häitä peruttiin ja hautajaisia pidettiin ilman omaisia. Kevään 2020 pandemiatilanteessa tutkimustiedon puute ei haitannut rajoitustoimia koskevaa päätöksentekoa.


Väestön sopeutumien näihin – vielä vuonna 2019 eriskummallisina pidettyihin – rajoitustilanteisiin osoittaa, että ruton taikka sodan olosuhteissa yövärtijavaltio kokee meilläkin ylösnousemuksen. Joissain maissa (esim. Unkari) yövärtijavaltion tuoma turvallisuus tarjosi maan johdolle mahdollisuuden lujittaa autoritääristä hallintoa. Suomessa oikeusvaltion vahvat turvamekanismit suojaavat demokraattista järjestelmää, vaikkei maan väestö kulkutaudilta suojautuessaan aina muistaisi asiasta edes huolestua. Hyvinvointivaltio on lopulta hyvin sietokykyinen (resilientti) pandemian aiheuttamille uhille niin väestön terveyden kuin yhteiskuntajärjestyksenkin suhteen.

Lähteet:

Myllärniemi M, Lappalainen T, Ripatti A ym. Vapaaksi koronasta -työryhmän muistio 2020 , haettu 7.10.2020

Perustuslakivaliokunnan mietintö 2/2020 vp Valtioneuvoston asetuksesta valmiuslain 86, 88, 93–95 ja 109 §:ssä säädettyjen toimivaltuuksien käyttöönotosta , haettu 7.10.2020

Valtioneuvosto. Hallitus on todennut yhteistoiminnassa tasavallan presidentin kanssa Suomen olevan poikkeusoloissa koronavirusilanteen vuoksi 2020a , haettu 7.10.2020

Valtioneuvosto. Työntekijän työvelvollisuutta koskeva valmiuslain käyttöönottoasetus eduskunnalle 2020b , haettu 7.10.2020

Koronakriisillä on laaja-alaiset vaikutukset lapsiin ja nuoriin

Esa livonen,

*johtava asiantuntija, lapsen oikeudet ja lapsi- ja perhepolitiikka,
Mannerheimin Lastensuojeluliitto, STM:n asettaman lasten ja nuorten
koronatyöryhmän puheenjohtaja*

Koronaviruspandemia ja siitä seurannet poikkeusolot ja erilaiset rajoitukset ovat vaikuttaneet merkittävästi lapsiin ja nuoriin. Poikkeusolot ovat vaikuttaneet lasten ja nuorten arkeen ja kaikkiin heidän arkensa kannalta tärkeisiin palveluihin. Kriisin aikana kouluissa on muun muassa oltu etäopetuksessa, suositeltu olla viemättä lapsia varhaiskasvatukseen, laitettu harrastukset ja vapaa-ajantoiminnot tauolle sekä ohennettu sosiaali- ja terveystalouksia. Kriisin seurauksena työnantajat ovat joutuneet lomauttamaan tai irtisanomaan työntekijöitään, mikä heijastuu vahvasti monen perheen toimeentuloon.

Koronaviruspandemian myötä käyttöön otetut rajoitustoimet toivat kevään aikana suuria haasteita lasten yhdenvertaiselle oikeudelle opetukseen, kasvatukseen ja hoitoon. Poikkeustilanne on kärjistänyt hyvinvointi- ja oppimiseroja oppilaiden välillä. Etäkoulun onnistumisessa oli huomattavia koulukohtaisia eroja. Poikkeusolot tekivät myös vanhempien roolin lasten koulunkäynnin tukemisessa hyvin näkyväksi. Vanhemmilla on hyvin erilaiset lähtökohdat ja mahdollisuudet tukea lastensa koulunkäyntiä, joten vanhempien roolin kasvaessa lasten yhdenvertaiset mahdollisuudet opetukseen heikkenevät. Varhaiskasvatukseen osallistuminen putosi keväällä koronakriisin ensimmäisten viikkojen aikana noin viidennekseen normaalista. Osallistuminen kasvoi vähitellen noin kolmannekseen ennen kuin suositus lasten hoitamisesta kotona purettiin toukokuun puolivälissä.

Etäopetusvaiheen suurimmat ongelmat liittyvät sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien lisääntymiseen. Koulu ei ole vain opetuslaitos vaan paljon enemmän. Koulu on lasten ja nuorten kasvuyhteisö ja hyvinvointia tukeva rakenne. Jos lapsella tai nuorella

tai hänen perheenjäsenillään on ollut aiemmin sosiaalisia tai terveydellisiä ongelmia, ne helposti vaikeutuvat poikkeusolojen aikana. Myös avunsaanti on palveluiden ohenemisen vuoksi ollut tavallista hankalampaa. Ongelmaa pahentaa, että koulujen ja oppilaitosten kouluterveydenhuollon ja muun opiskeluhuollon palveluja vähennettiin keväällä, vaikka niiden tarve korostui poikkeusoloissa.

Lasten harrastukset ja vapaa-ajanpalvelut olivat kevään ajan pääosin tauolla koronarajoitusten vuoksi. Harrastustoiminnan tauko on etäopetuksen ja kokoontumisrajoitusten ohella aiheuttanut merkittävää haittaa lasten vertaissuhteille. Poikkeusoloissa leikkiin, vapaa-aikaan ja harrastuksiin liittyvien oikeuksien toteutuminen jää helposti huomiotta. Niihin liittyviä oikeuksia saatetaan pitää vähemmän tärkeinä oikeuksina, vaikka lapset itse pitävät niitä tärkeinä ja ne ovat lasten kehityksen ja hyvinvoinnin kannalta olennaisia. Poikkeusoloissa mahdollisuuksilla leikkiin, harrastuksiin ja muihin vapaa-ajantoimintoihin on merkittävä tehtävä. Niillä on erityisen suuri terapeuttinen merkitys. Leikki sekä kulttuuri-, liikunta- tai muihin harrastuksiin osallistuminen tarjoavat lapsille tilaisuuden jakaa kokemuksia, tutkia ja kehittää omaa luovuuttaan sekä vahvistaa yhteisöllisyyttä ja yhteenkuuluvuutta.

Lapsille, nuorille ja heidän perheilleen hankaluuksia tuo sosiaali- ja terveystalveluiden karsiminen poikkeusoloissa. Aikoja peruttiin tai siirrettiin. Etäyhteyksillä ei voida korvata läheskään kaikkea kasvokkaista vuorovaikutusta. Esimeriksi pitkäaikaissairaiden lasten terveys voi vaarantua, kun kontrollikäyntejä on peruttu tai siirretty. Lasten terveyden ja hyvinvoinnin kannalta on huolestuttavaa, että sosiaali- ja terveystalveluihin tulee keskeytyksiä eivätkä talvelut toteudu suunnitellulla tavalla. Kuntakohtaiset erot talveluiden järjestämisessä ovat kasvaneet poikkeusolojen aikana.

Toiveikkuuden ilmapiirin luominen lapsille ja nuorille on tärkeää. Koronakriisi on luonut lapsille ja nuorille turvattomuutta, epävarmuutta ja ahdistusta. Tilanne on erityisesti vaikea lapsille ja nuorille, joilla on entuudestaan psyykkistä oireilua ja psyykkistä haurautta. Myös hyvinvointia ylläpitävät vertaissuhteet ovat voineet ohentua poikkeusolojen aikana. Koska tilanne kuormittaa myös aikuisia, vanhempien mahdollisuudet tukea lasta voivat olla koetuksella. Koronakriisi vaikuttaa monin tavoin lasten ja nuorten mielenterveyteen. Kriisin vaikutukset lasten ja nuorten mielenterveyteen voivat tulla näkyviin pitkän ajan kuluessa ja vaikutukset voivat olla pitkäaikaisia.

MLL:n Lasten ja nuorten puhelimesta ja netissä koronatilanne on kuulunut ja näkynyt monin tavoin. Esimerkiksi monet nuoret, joilla on ollut masennusta tai ahdistusta, kertovat oireiden pahentuneen. Tilannetta on hankaloittanut, että terapia- ja muut tukipalvelut toimivat säästöliekillä tai ovat kokonaan tauolla. Yhteydenotoissa kerrotaan myös vaikeista kotitilanteista, kuten vanhempien päihteiden käytöstä ja väkivallasta.

Koronakriisi on heikentänyt yritysten työllistämismahdollisuuksia. Taloustilanteen huonontuessa nuorten asema työmarkkinoilla heikentyy eniten. Nuorten pääsy työelämään on vaikeutunut koronakriisin myötä, mikä edellyttää tehostettuja toimia nuorten työllistymisen edistämiseksi. Kriisi on vaikuttanut erityisen vahvasti palvelualojen työllisyyteen. Palvelualoilla on suuri merkitys nuorten työllistäjänä ja työmarkkinoille pääsyn porttina. Nuorten on ollut tänä vuonna paljon vaikeampi saada kesätöitä verrattuna aiempiin vuosiin.

Erityisen vaikea tilanne on osatyökykyisillä nuorilla. Esimerkiksi mielenterveyshäiriöt, neurokirjon erityispiirteet tai vammaisuus voivat nostaa kynnystä päästä työelämään. Koronakriisin aiheuttamat poikkeusolot ovat paitsi heikentäneet nuorten työllistymismahdollisuuksia myös lisänneet nuorten mielenterveyden haasteita. Nuorten mielenterveyden tuen tarpeisiin tulee vastata, jotta nuorten työllisyyttä voidaan edistää ja jotta voidaan varmistaa, ettei koronakriisistä aiheudu pitkäaikaista nuorisotyöttömyyden lisääntymistä. Tämän vuoksi tarvitaan toimia mielenterveyspalveluissa ja muissa terveys- ja sosiaalipalveluissa. Lisäksi eri toimenpitein tulee mahdollistaa, että mahdollisimman moni nuori pystyisi suorittamaan toisen asteen koulutuksen loppuun. Tarvitaan joustavien ja räätälöityjen opintopolkujen lisäämistä sekä oppimisen tuen ja opiskeluhuollon vahvistamista. Myös työpaikoilla tulee miettiä keinoja, miten nuorten pääsyä työelämään voidaan helpottaa. Nuorten työllistymisen helpottamisessa tarvitaan myös erilaisia tuetun työn ratkaisuja.

Eriarvoisuus uhkaa kasvaa koronakriisin myötä

Koronakriisin seurauksena lasten, nuorten ja perheiden tuen- ja avunsaanti on vaikeutunut ja viivästynyt. Tuen ja palveluiden tarve on kasvanut. Koronaepidemian aiheuttama poikkeustilanne on kärjistänyt hyvinvointieroja, ja riskinä on eriarvoisuuden pysyvä lisääntyminen. Vaikka koronakriisi vaikuttaa kaikkiin lapsiin ja nuoriin, vaikutusten kesto ja laajuus vaihtelevat. Lapset ja nuoret, joilla on jo aiemmin ollut erilaisia haasteita hyvinvoinnissa, kärsivät myös kriisitilanteissa yleensä eniten.

On kuitenkin muistettava, että eriarvoisuuden lisääntyminen ei ole mikään luonnonlaki. Sitä voidaan torjua tavoitteellisin ja johdonmukaisin toimin. Koronakriisin jälkihoidossa on syytä muistaa, että lasten ja nuorten hyvinvointi on aikuisväestöä enemmän riippuvainen julkisista palveluista ja yhteiskunnan voimavaroja koskevista päätöksistä.

Koronakriisin kielteisten vaikutusten lieventämiseksi tarvitaan johdonmukaisia toimia lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin turvaamiseksi. Tarvitaan toimia niin vielä syksyllä 2020 käsillä olevassa kriisin akuutissa vaiheessa kuin myöhemmin kriisin jälkihoidossa. Nyt tarvittavia toimia ovat muun muassa toimeentulovaikeuksiin joutuneiden perheiden tukeminen, neuvolapalveluiden, varhaiskasvatuksen, opiskeluhoollon ja oppimisen tuen vahvistaminen sekä riittävän tuen turvaaminen vammaisille lapsille ja heidän perheilleen. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita, lastensuojelua ja perheiden sosiaalista tukea on vahvistettava.

Eriarvoisuuden torjunnan perustana ovat universaalit, hyvinvointia vahvistavat palvelut kaikille lapsille, nuorille ja lapsiperheille. Näitä palveluita ovat muun muassa neuvolat, varhaiskasvatus, esi- ja perusopetus, toisen asteen koulutus, oppilas- ja opiskelijahuolto, kirjastot ja nuorisotyö. Palveluiden lisäksi perheiden toimeentulon tukemisella on keskeinen merkitys eriarvoistumisen ennaltaehkäisyssä. Universaalien toimien lisäksi tarvitaan kohdennettuja, räätälöityjä ja tehokkaita toimia haavoittuvassa asemassa oleville lapsille, nuorille ja perheille. Näitä ovat esimerkiksi lastensuojelu- sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelut.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujärjestelmän pirstaleisuus on tullut entistä näkyvämmäksi koronakriisin myötä. Pirstaleisuus heikentää hyvinvoinnin ja pärjäävyyden tukemista. Koronakriisi on osoittanut, että voimavarojen riittävyyden varmistamisen lisäksi tarvitaan uudenlaisten toimintatapojen ja yhteistyömuotojen käyttöönottoa ja vahvistamista. Kriisin aikana on esimerkiksi kehitetty ja otettu käyttöön uusia yhteistyökäytäntöjä eri toimijoiden välillä sekä vahvistettu digitaalisuutta. Poikkeusolojen aikana on myös ylitetty ammattiryhmien ja organisaatioiden välisiä rajapintoja ja löydetty uusia yhteisen työn muotoja. Nämä muutokset toimivat hyvänä lähtökohtana, kun sote-uudistuksessa pyritään vahvistamaan eri toimijoiden välistä yhteistyötä lasten ja nuorten asioissa.

1990-luvun laman virheitä ei pidä toistaa

1990-luvun laman yhteydessä tehtiin lyhytnäköisiä ratkaisuja, joiden seurauksena lasten ja nuorten tilanne heikkeni olennaisesti. Peruspalveluita leikattiin merkittävästi ja ennaltaehkäisevästä työstä tingittiin. Koululaisten terveystarkastuksia vähennettiin, neuvolan perhevalmennuksia karsittiin, lapsiperheiden kotipalvelut ajettiin alas ja koulujen ja päiväkotien resursseissa ja henkilöstömitoituksissa säästettiin. Laman aikana tehtyjä leikkauksia ei taloustilanteen parannuttua korjattu, vaikka siihen olisi ollut taloudelliset edellytykset.

Peruspalveluiden leikkausten seurauksena korjaavien palveluiden, kuten lastensuojelun ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon, tarve kasvoi. Samalla kustannukset nousivat merkittävästi. Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden leikkaukset vaikeina aikoina ovat huonoja päätöksiä paitsi inhimillisesti myös taloudellisesti arvioituna. Vaikeina aikoina vaikutusten arvioinnin tärkeys kaikessa päätöksenteossa korostuu entisestään. Huolellisella lapsiin ja nuoriin kohdistuvien vaikutusten arvioinnilla voidaan paremmin hahmottaa paitsi hyvinvointivaikutukset niin myös pitkän aikavälin taloudelliset vaikutukset. Vaikutusten arvioinnissa erityinen huomio on kiinnitettävä haavoittuvassa asemassa oleviin lapsiin ja nuoriin.

Koronakriisin aikana on tehty kyselyitä lapsille, nuorille ja perheille, joiden tuottamaa tietoa on syytä koota ja hyödyntää systemaattisesti päätöksenteossa. Koronakriisin vaikutukset ovat hyvin laaja-alaiset, ja menee myös aikaa, että kaikki lapsiin ja nuoriin kohdistuneet vaikutukset tulevat esille. Tarve koronakriisin vaikutuksia koskevalle tutkimukselle on suuri.

Kynä on koronaa mahtavampi

eli pohdintoja siitä, kuinka virus johti meidät havaitsemaan perimmäisiä asioita viranomaistoiminnasta ja lainvalmistelusta

Jaska Siikavirta,

johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö



Eräänä kauniina loppupalven päivänä oli ministeriö, jossa pohdittiin ja valmisteltiin hallituskauden suuria ohjelmia – vaikkapa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta ynnä lukuisia laajoja palveluiden kehittämisen hankkeita. Ministeriön lainvalmistelussa oli totuttu vauhtiin ja vaarallisiin tilanteisiin, olihan näitä uudistuksia rakennettu jo usean hallituskauden voimin. Kuitenkin tuona päivänä kysyttiin juristivirkamiehiltä jotain aivan uutta: Miten poikkeusolot julistetaan ja valmiuslain valtuudet otetaan käyttöön?

Seurannut yli puoli vuotta kestänyt kausi on tehnyt meille ministeriön virkamiehille eräistä, aiemmin enemmän oppikirjateemoista arkipäivää.

Valtioneuvosto rakentuu eri ministeriöistä, joista kullakin on oma lakisääteinen toimialansa ja käytettävissään tämän toimialan syvälinen osaaminen ja asiantuntemus. Valtioneuvoston toiminta kollegiona mahdollistaa sen, että jokaisen toimialan osaaaminen, tietopohja ja vaikutusarvioinnit voivat olla kattavasti osana hallitusvallan päätöksentekoa. Päätöksenteossa voidaan tunnistaa niiden hyödyt ja haitat ja tehdä tältä pohjalta valistuneita päätöksiä.

Myös muut virastot ja viranomaiset toimivat virkavastuulla lakisääteisissä tehtävissään. Lainsäädännön mukaisesti niiden on käytettävä toimivaltaansa yksinomaan lain mukaan hyväksyttäviin tarkoituksiin. Niiden toimien on oltava puolueettomia ja oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden ja niiden on suojattava oikeusjärjestyksen perusteella oikeutettuja odotuksia.

Eräs pitkän linjan virkamies totesikin taannoin ”demokraattisen päätöksenteon edellytyksenä olevan, että hintalappu on oikein”. Tällä hän halusi korostaa vaikutusarvioinnin ja sen taustalla olevan tietopohjan tärkeyttä.

Julkisen vallan perimmäinen tehtävä on turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Kuten tunnettua, tämä on kuitenkin aina luonteeltaan punnintaa, jossa keskenään jännitteisessä suhteessa olevia oikeuksia mutta myös velvollisuuksia joudutaan arvioimaan. Toisen perusoikeiden turvaaminen voi samalla rajoittaa toista oikeutta. Suojeluvollisuuden toteuttaminen voi heikentää edistämis- ja turvaamisvelvollisuuksien noudattamista. Nämä eivät ole helppoja ratkaisuja edes arkisessa tilanteessa, saati niukan aikaikkunan ja vajavaisen tietopohjan tilanteissa.

Oikeusjärjestyksemme pohjautuu tiettyssä määrin ideaalille, jossa objektiivinen ja virkavastuullinen virkamiesharkinta sekä tuomioistuinkäytäntö löytävät tulkinnalla ja punninnalla lopulta sen oikean lopputuloksen. Oikeusvaltioperiaate edellyttääkin tällaisen ideaalin olemassaoloa.

Mutta kuten kaikki inhimillinen toiminta, tosielämä on monimuotoista.

Tämän vuoksi myös perusoikeuksien välinen punninta, poliittinen punninta ja viranomaispäätöksenteko voivat olla ja ovat mitä suurimmassa määrin myös eettisiä kysymyksiä, joita ei tehdä arvotyhjiössä. Arvot ja niitä suojaavat normit ovat inhimillisiä, eikä mikään inhimillinen ole ehdotonta totuutta. Päätöksentekijän oma arvopohja määrittää sitä, miten hän tämän kokonaisuuden hahmottaa ja painottaa. Tietokaan ei aina ole täydellistä, riittävää ja ehdotonta eikä arvovapaata. Näin myöskään sen pohjalta tehtävät päätökset eivät ole vapaita epävarmuudesta ja sen punninnasta.

Kevään työskentely asetti kaikki meidät viranomaiset kaikilla tasoilla näiden perimmäisten valintojen äärelle. Meillä on velvollisuus turvata kaikkien ihmisten oikeus elämään ja terveyteen. Erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien oikeudet on turvattava. Samalla meidän on suojattava koko väestön taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia. Tämän vuoksi valinnat, joita teemme terveyden ja elämän suojelemiseksi, on suhteutettava niihin haittoihin ja oikeudenrajoituksiin, joita toimistamme aiheuttaa. Eikä kyse ole suinkaan esimerkiksi asettelusta elinkeinoelämän ja väestön terveyden välillä, vaan yksilön perimmäisten oikeuksien kesken. Tällainen

päätöksenteko taas ei ole mahdollista ilman laajaa monialaista tietoa ja arviointikykyä toimien vaikutuksista.

Nykyisten ministeriöiden ja myös alueellisten eri viranomaisten tehtävät ja organisaatiorakenteet mahdollistavat hyvinkin laajan monialaisen tietopohjan ja vaikutusarvioinnin. Tiedon olisi kuitenkin oltava riittävää, oikeaa ja ennen kaikkea käytettävissä. Väistämättä hyväksyttävä on se, että kaikki tieto ei tosielämässä tätä ole, eikä siitä voida vetää ehdottoman varmoja johtopäätöksiä. Myös vaikutusketjut, joita joudumme pohtimaan, ovat varsin mutkikkaita. Päätöksenteko, joka koskee yksilöiden oikeuksia ja velvollisuuksia, vaikuttaa myös suoraan esimerkiksi julkisten palveluidemme toimintakykyyn, mikä puolestaan johdannaisvaikuttaa yksilöiden asemaan ja edellytyksiin nauttia heille kuuluvista oikeuksista. Näiden vaikutusketjujen tunnistaminen on äärimmäisen haastavaa mutta pakollista sen varmistamiseksi, että kohdennamme päätökset oikein.

Kevään kuluessa mielekkäintä ja jopa täysin uudelle tasolle nousutta on ollut tästä juontuva viranomaisyhteistyö. Inhimilliseen toimintaan kuuluvista tietokatkoksista tai erilaisista ajattelutavoista huolimatta esimerkiksi ministeriöiden tasolla valmistelu on edustanut yhtenäistä valtioneuvostoa parhaimmillaan. Jokainen meistä on voinut jakaa saman tavoitteen ja ymmärryksen sen tärkeydestä, ja jokainen on aktiivisesti, oma-aloitteisesti sekä välittömästi tehnyt töitä tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Epidemia ei ole erottanut vaan yhdistänyt meitä. Samalla se on opettanut meille aivan uudenlaisia työskentelyn tapoja ja parantanut valmistelun laatua pyrkimällä vastaamaan ideaaliin. Virkamiehet ovat antaneet pyyteettömästi ja väsymättä kaiken osaamisensa yhteiseen käyttöön. Sama on varmasti tapahtunut kautta viranomaisorganisaatioiden.

Olemme kuitenkin olleet ja olemme edelleen myös aivan uusien haasteiden äärellä.

Toisin kuin monissa muissa asioissa, kaikilta viranomaisilta vaadittavan päätöksenteon aikajänne on erittäin lyhyt. Epidemia käyttäytyy osin ennakoimattomasti, tutkimustieto kertyy vähitellen ja muutokset ovat nopeita. Epidemian torjunnan periaatteet ja todellisuus edellyttävät kuitenkin ennakoitua, oikea-aikaisuutta ja siten hyvin nopeaa päätöksentekoa. Ennustaminen on tunnetusti vaikeaa. Tämä aikaikkuna muodostaa tietystä määrin yhteen sovittamattoman reunaehdon perinpohjaisen valmistelun ja punninnan vaatimukseen nähden. Valintojen tekeminen edellyttää siis uskallusta mutta myös riskinottoa.

Edelleen valintojen tekeminen keskenään samanvertaisten, syvästi inhimillisten arvojen välillä on vaikeaa. Päätöksissä joudumme asettamaan tärkeysjärjestykseen perimmäisiä arvoja, jotka näyttäytyvät eri tavoin eri toimialoilla ja eri yksilöillä vaikutustensa piirissä. Syvälle kulttuuriimme ja lainsäädäntöömme upotetun objektiivisuuden, vastuuntunnon ja huolellisuusvaatimusten kanssa tämä muodostaa kovan haasteen virkamiesharkinnassa. Harvoin ennen on tällä nopeudella, tällä epävarmuudella ja tällä valinnan vaikeudella jouduttu näin laajasti ja näin syvällistä harkintaa edellyttäviä ratkaisuja tekemään ja avoimesti perustelemaan niitä. Arkailu tässä muodostaa riskin toimiemme onnistumiselle. Mutta tätä riskiä emme voi ottaa, koska päätösten tekemättä jättäminen olisi tuhoisaa kaikille suojattaville arvoille.

Myös se, kuinka tästä viranomaistoiminnasta viestimme, on täynnä arvovalintoja. Väestöllä on oikeus ja tarve saada reaaliaikaista, avointa ja luotettavaa tietoa päätöksenteosta, sen perusteista, vaikutuksista ja sisällöstä. Viestin tulee olla selkeä ja ymmärrettävä – viranomaistoiminnan julkinen luotettavuus riippuu siitä. Tämä vaatimus voi johtaa kuitenkin paradoksiin: tällainen viestintä on yksi keino saavuttaa päätöksenteon tavoitteita, mutta asiasisältöisesti sama viestintä voi epäonnistuessaan estää ja hidastaa samojen päätösten vaikuttavuutta. Se, mikä on oikeaa ja riittävää tietoa viestinnässä, on siten myös väistämättä joukko valintoja siitä, mitä arvostuksia painotamme.

Joskus olen kuullut puhuttavan, että ennen pitkää tekoäly voi ottaa vastatakseen myös lainvalmistelun, viranomaisharkinnan ja ylipäänsä juristien ammatin. Näyttäkääpä minulle tekoäly, joka voi kaikilla näillä tasoilla arvottaa ihmiselämän eri osa-alueita – siitähän tässä päätöksenteossa on perimmiltään kysymys. Ja siksi se toimii vain inhimillisenä harkintana demokraattisessa oikeusvaltiossa.

Covid-19-pandemia ja mielenterveys

Lauri Kuosmanen,

*ETENEn varapuheenjohtaja, yliopistonlehtori, Itä-Suomen yliopisto,
hoitotieteen laitos*

Covid-19-pandemian vaikutukset mielenterveyteen ovat kiistattomat. Pandemian mielenterveysvaikutuksista alettiin keskustella jo muutaman kuukauden kuluttua alkusokista, samaan aikaan kun viruksen yhteiskunnallisia vaikutuksia pystyttiin todentamaan. Selvää on, että viimeistään nyt on varauduttava koronan aikaan hoitamatta jääneiden ongelmien korjaamiseen ja uusien koronan aiheuttamien mielenterveysongelmien hoitamiseen.

Huolestuneisuus, ahdistus, eristyisyys ja arjen muuttuminen vaikuttavat meihin jokaiseen. Jos ongelmia on ollut ennen pandemiaa, oireet saattavat vaikeutua pandemian pitkittyessä. Kun kuormittumista kohtaavat kaikki, myös niin sanotut hyväosaiset, ahdistuksen, mielialaoireiden ja väsymyksen tunteet ovat enemmän universaaleja ja tätä kautta pandemia saattaa vähentää varsinaisiin mielenterveyden ongelmiin liittyvää häpeäleimaa.

Myönteisenä on nähtävä myös se, että mielenterveysammattilaiset ja psykoterapeutit ottivat digiloikan omista palveluissaan, ja kirjaimellisesti se tapahtui yhdessä yössä. Osa potilaista ja asiakkaista hyötyy ilman muuta etähoidosta, mutta osalle se lisää eristäytymistä sosiaalisista kontakteista, kun hoitopaikkaankaan ei tarvitse lähteä. Etäterapiaa tarjoavien onkin jatkossa hyvin tarkkaan pystyttävä arvioimaan, ketkä hyötyvät etähoidosta ja kenen kanssa kasvokkaiseen hoitoon tulee palata heti, kun se on mahdollista.

Pandemian aikana on tullut selväksi, että omaisten ja läheisten vastuu mielenterveysongelmista kärsivien hoidosta on korostunut, koska hoito ja seuranta eivät ole olleet yhtä tiivistä kuin ennen. Toisaalta perheet ja läheiset ovat tulleet enemmän mukaan ja osaksi tukea tarvitsevan läheisen hoitoa.

Erityisen haastavaa on perheissä, joissa työ, koulu, harrastukset ja perhe-elämä pitkään tapahtui kodin seinien sisällä. Vanhempien rooli oli olla opettaja, kokki, siivoaja, työntekijä, harrasteohjaaja ja kaikkea samanaikaisesti. On luonnollista kokea väsymystä ja on tärkeää, että tätä ei mitätöidä vertaamalla tätä poikkeustilaa esimerkiksi sota-aikaan tai muihin koettelemuksiin. Koronapoikkeustila on kuormittava, ja on tärkeää, että viestittäisimme armeliaisuutta ja tukisimme toisiamme arjessa. Sosiaalialan ammattilaiset ovat huomanneet, että useat perheet eivät tiedä olevansa oikeutettuja saamaan apua ja tukea arjessa selviytymiseen. Sosiaalipalveluiden hakemiseen on edelleen iso kynnyks, joka saattaa johtaa ongelmien kasaantumiseen ja isompiin ongelmiin tulevaisuudessa.

Mielenterveyspalveluissa palvelut lähes pysähtyivät koronakevään alussa. Asiakasvastaanottoja peruttiin ja niitä siirrettiin etäpalveluihin, joiden käynnistämisessä meni aikaa. Lisäksi kansalaisille viestitettiin, että "terveydenhuoltoa ei saa nyt turhaan kuormittaa". Kaikki tämä on synnyttänyt viime aikoina keskustelussa ollutta mielenterveysongelmien hoitovelkaa. Mietittäväksi jatkossa jää, miten mielenterveysalan ammattilaisten osaamista voitaisiin tehokkaasti käyttää poikkeusolojen alkuvaiheessa esimerkiksi kuormittuneiden somaattisen terveydenhuollon ammattilaisten tukena.

Jaksamista uudessa arjessa on tuettava. On annettava tilaa sille ajatukselle, että olemme kaikki kokeneet jotain poikkeuksellista ja pelottavaa ja arjessa selviytyminen on muuttunut raskaammaksi. Yleisen hyvinvoinnin ja sitä kautta mielenterveyden vahvistamiseen tarvitsemme ohjeita ja arjessa toteutettavia vinkkejä. Kannustetaan toisiamme puhumaan pandemian herättämistä kaikenlaisista tunteista ja vahvistetaan uskoa siihen, että tämän jälkeen olemme vahvempia. Vahvistetaan myös sitä havaintoa, että esimerkiksi perheissä yhdessäolo on lisääntynyt eivätkä kaikki lainkaan kaipaa pre-koronan minuuttiaikatauluja ja suorittamista.

Päätöksenteon perustelu liberaalissa demokratiassa – selittelyä, mutta sille olisi paikkansa

Matti Häyry,

johtamisen filosofian professori, Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu

Oletetaan, että haluamme elää liberaalissa demokratiassa. Oletetaan myös, että liberaalia demokratiaa luonnehtivat lainmukaisuus, perusoikeuksien kunnioitus sekä poliittisen päätöksenteon läpinäkyvyys ja osallistavuus. Ja oletetaan vielä, että filosofisella etiikalla on jokin liberaalia demokratiaa tukeva rooli. Tämän kirjoituksen kysymykseni liittyy filosofiseen etiikkaan. Mikä sen rooli olisi?

Opettajan päätös ja etiikan teoriat

Perjantaina 13. maaliskuuta jouduin tekemään päätöksen. Pandemiauhka leijui ilmassa. Viikon mittaan kontaktiopetuksesta neuvottiin luopumaan. Minulla oli maanantaina luento bisnesetiikan kurssillani. Pitääkö luento vai siirtyäkö saman tien etäopetukseen? Seuraava kuvaus oman päätöksentekoni prosessista valottaa ratkaisujen syitä ja perusteluita. Ne ovat kaksi eri asiaa, ja palaan tähän ajankohtaisen poliittisen päätöksenteon yhteydessä, kunhan olen ensin raportoinut omat aivoitukseni.

Päivän mittaan tein päätökseni syistä, joita en kaikkia kokonaan tunne tai tiedosta. Nälkä, jano, uni, netistä selailut uutiset, yliopiston päivitykset, mukavuudenhalu, joku ammattilypeys ehkä. Jälkeenpäin ymmärrän, että vasta iltapäivällä, kun päätös oli jo muotoutunut, aloin etsiä perusteluita. Itse tilanteessa luulin, että valinnanteko oli vielä kesken ja olin vain siirtynyt siinä jonkinlaiseen rationaaliseen vaiheeseen. Koska hahmottelen kurssilla opiskelijoille kuusi etiikan teoriaa, joiden valossa erilaisia tapauksia tulkitaan ja arvotetaan, käytin niitä itsekin päätökseni tueksi. Piirsin kuvan ja tein seuraavan analyysin.


*Tekoutilitarism*in mukaan jokaisen yksittäisen valintamme on tähdättävä laskettavissa olevan hyvän maksimointiin tai laskettavissa olevan pahan minimointiin. Omassa

tilanteessani kalkyyli näytti, että kontaktiluennon peruuttaminen todennäköisesti vähentäisi vähän tartunnanvaaraa (hyöty), mutta voisi huonontaa oppimistulosta (haitta), elleivät kaikki tee vähän ylimääräistä työtä (kustannus). Hyöty ylittää äkkiseltään katsotuna haitan ja kustannukset, joten peruuttamiselle oli perusteita. Mutta tämän logiikan yleisempi käyttö voisi olla vaarallista. Pitäisikö yksilö tai vähemmistö aina uhrata (haitta), jos luvassa on isompi etu enemmistölle (hyöty)?

Sääntöutilitarismi ehdottaa ratkaisuksi sitä, että laaditaan yleisemmät periaatteet, joita noudatetaan yksittäisissä valinnoissa. Esimerkiksi yksilön tai vähemmistön uhraus voidaan aina tai useimmiten kieltää. Tähtäimessä on, että sääntöjen omaksuminen ja niiden riittävä noudattaminen tuottaa kaiken kaikkiaan eniten hyvää tai vähiten pahaa. Mietin tätä, mutta en tässä vaiheessa keksinyt sääntöä, joka soveltuisi tilanteeseeni.

Moraalinen legalismi ei ole virallinen etiikan teoria, mutta se vastaa aika monen tuntemuksia, ymmärryksiä mukaan ainakin Suomessa. Oikein on tehdä niin kuin laki sanoo. Tämä ei antanut mitään täsmällistä vastausta kysymykseeni, enkä tiedä, onko se edes järkevä ajattelutapa. Katsoin kuitenkin, tulisiko peruutuksella tehtyä jotain suurempaa laittomuutta. Ei näyttänyt siltä. Kontaktiluentoja ei ollut kielletty, mutta ohjeistus tiukkeni koko ajan. Ajattelin, että jos menee tottelemattomuuden puolelle, niin eletään sitten sen kanssa.

Kantilainen etiikka määrää meitä aina kunnioittamaan ihmisyyttä itsessämme ja muissa ja toimimaan niin, ettemme käytä sitä koskaan pelkkänä välineenä. Määräys ei ole aivan yksiselitteinen. Olisin voinut rikkoa tätä vastaan käskemällä opiskelijat henkensä ja terveytensä kaupalla luennolle, koska se olisi ollut minulle helpompaa kuin etäopetuksen järjestäminen kiireessä viikonlopun aikana. Mutta koska osa motiivina olisi voinut olla parempi oppimistulos ja opiskelijoidenkin säästäminen lisätyöltä, en tiedä, olisiko ”pelkkänä” välineenä-ehto täyttynyt. Joka tapauksessa jonkin säännön, ja mahdollisimman universaalisti soveltuvan, löytämiseen tämäkin kehotti.

Luonnonoikeusoppi sanoo, että vallitsevat lait voidaan aina haastaa moraalisiin perusteisiin. Mikä tahansa sääntö tai teko, joka loukkaa perusolemustamme, on väärä. Koska opin mukaisen perusolemuksen tärkeimpiä osia ovat hengen ja terveyden säilyttäminen, ohjeistus omaan tilanteeseeni on samansuuntainen kantilaisen ratkaisun kanssa. Parempi peruuttaa, todennäköisesti. Täältä on kuitenkin peräisin myös [aiemmin](#)  vatvomani kaksoisvaikutuksen oppi, joka voi muissa olosuhteissa muuttaa tilannetta.

Hyve-etiikka aristoteelisessa muotoilussaan neuvoo löytämään kultaisen keskitien liiallisuuden ja riittämättömän reaktion väliltä. Liiallisuus olisi voinut olla panikoituminen ja kurssin lopettaminen. Riittämättömyyttä olisi voinut olla vain antaa mennä yliopiston ohjeita odottaen miettimättä itse. Se ei ehkä anna hyvää, konkreettista kuvaa toimintalinjasta. Carol Gilliganin esiin tuoman [hoivaetiikkatulkinnan](#) mukaan taas pitäisi vaalia erityissuhteita sekä tunnistaa ja tunnustaa haavoittuvaiset ryhmät ja ottaa heidät huomioon. Tukisi kai peruuttamista ja tukitoimia, jos jollakulla on ongelmia.

Etenin näistä lopulliseen päätökseeni – tai lopulliseen omaan rationalisaatiooni – kun muistin peliteoriassa esiintyvän ja John Rawlsin tunnetuksi tekemän [maximin-säännön](#). On vältettävä sitä vaihtoehtoa, jonka vaikutus on pahin. Ja pahin vaikutus olisi ollut tartuntojen levittäminen. Päätetty ja perusteltu! Lähetin sähköpostia kurssilaisille. (Ja kahlaan vieläkin kaulaa myöten tehtävissä ja vastauksissa, joita he lähettävät. Mutta no pain no gain. Näillä näkymin kaikki pääsevät läpi hyvällä oppimistuloksella ja hyvin arvosanoin.)

Valtioneuvoston päätös ja etiikan teoriat

Valtioneuvosto Sanna Marinin johdolla joutui seuraavalla viikolla päättämään, esittääkö se Uudenmaan eristämistä muusta Suomesta covid-19-pandemian hillitsemiseksi. Kuten Martin Scheinin ja Pauli Rautiainen ovat [huomauttaneet](#), tämä oli viranomaispäätös. Mutta koska otan vakavasti velvollisuuteni akateemisena opettajana, niin oli minunkin, melkein, joten analogia sallittakoon. Miten valtioneuvoston päätöksenteko olisi voinut edetä syiden ja sitten perusteluiden suhteen, mikäli etiikan teoriat olisi otettu ohjenuoraksi?

Päätösten syistä osa jää aina hämärän peittoon. Koska valtioneuvoston jäsenet ovat ihmisiä, luettelon voi aloittaa samoista, jotka tunnistin itsestäni. Nälkä, jano, uni, netistä selaillut uutiset, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen päivitykset, mukavuudenhalu, joku ammattiylipeys ehkä. Listaan voi lisätä niin henkilökohtaisia kuin poliittisiakin motiiveja. Halu estää naapuria pääsemästä mökille? Halu estää puoluetta häviämästä seuraavia vaaleja? Ehdokkaita riittää, mutta ne eivät ole narratiivini kannalta olennaisia. Tärkeämpää olisi antaa johdonmukainen, ymmärrettävä ja hyväksyttävä perustelu, ja siinä etiikka voisi auttaa. Katsotaan.

Tekoutilitarismi. Uudenmaan eristämiseltä odotettiin pandemian hidastumista (hyöty?), siihen liittyviä kansanterveydellisiä etuja (hyöty), mahdollisia ihmishenkien sääs-

tymisiä (hyöty), talouteen kohdistuvan paineen lievittämistä (hyöty), joidenkin ihmisten vapauden [rajoittumista](#) (haitta) ja mahdollisesti joidenkin ihmishenkien menetyksiä (haitta). Sitä, onko pandemian hidastuminen sinänsä hyöty vai haitta, ei tiedetä ennen kuin tilanne laukeaa. Se, että vapauden rajoittuminen olisi haitta, on [haastettu](#). Tekoutilitaristisesti ajatellen eristys voidaan joka tapauksessa oikeuttaa, jos hyödyt ja haitat ovat yhteismitallisia ja hyödyt haittoja suurempia. Näin kai uskottiin ja tällainen perustelu esitettiin. Mutta uhrataanko tässä yksilöitä tai erityisryhmiä?

Sääntöutilitarismi. Katsotaan kohta, mitä sääntöä valtioneuvosto olisi voinut noudattaa, mutta ensin vähän erilainen näkökulma. Ainakin päätös tekonakin pyrki tasaamaan ruuhkahuippua tehohoidossa, jota ei välttämättä riitä kaikille. Näin yritetään välttyä sellaiselta terveystaloudelliselta sääntöutilitarismilta, jossa ihmiselämän pituutta ja laatua käytettäisiin yksittäistapauksissa priorisoinnin [kriteereinä](#). Silloin annettaisiin etusija nuoremmille (enemmän elinvuosia jäljellä) ja terveemmille (parempia elinvuosia jäljellä) ja sivuutettaisiin monet haavoittuvaset ryhmät, kuten vanhat, sairaat ja vammaiset. Tämä voi vielä tulla eteen, mutta valtioneuvoston esitys saattoi ehkäistä sitä.

Moraalinen legalismi. Kirjaimellisesti ottaen tämän mukaan pitäisi seurata lakeja, ehkä niin kuin maan pätevimmät oikeusoppineet niitä tulkitsevat. Kun aika moni heistä on [arvostellut](#) eristystä, juridiikkaa tuntematon on vähän hämillään. Ehkä siksi jotkut ovat halunneet puolustaa hallitusta ja omia intuitioitaan [väittämällä](#), että moraalilla menee tällaisissa tilanteissa lain edelle.

Kantilainen etiikka. Kunnioittiko valtioneuvosto ihmisyyttä vai käyttikö se sitä pelkkänä välineenä? Kumpaan tulkintaa on tuettu tähänastisessa keskustelussa. [Kunnioitti](#), koska Uudenmaan hengenmenetykset eivät ole kausaalinen syy tavoiteltaville hyödyille. [Ei kunnioittanut](#), koska antaa haavoittuvaisten kuolla tuottaakseen hyötyä muille. Kiista voi olla ratkaisematon, mutta erimielisyys ei vaikuta itse analyysiin. Noudatettavaa periaatetta tai sääntöä täytyy vain ehkä etsiä muualta.

Luonnonoikeusoppi. Tämä tukee sitä tulkintaa, että laki on aina alisteinen moraalille. Emme vain vielä tiedä, mille moraalille, vaikka niin olisikin.

Hyve-etiikka. Aristoteelinen kultaisen keskitien muotoilu on eristyspäätöksen suhteen haastava. Se suosittelee sitä paitsi keskitien hakemista luonteenpiirteeksi ennemmin

kuin yksityistapauksissa. Ehkä vain tässä mielessä hyveellisiä ihmisiä pitäisi päästää valtaan. Hoivaetiikka voi asettua kummalle kannalle vain, mutta vaatisi varmasti ainakin erityisryhmien erityistä suojelua ja kohtelua.

Maximin-sääntö. Tilanteessamme on erimielisyyttä siitä, mikä on pahin mahdollinen lopputulos. Onko se taloudellinen taantuma, työikäisen väestön desimaatio vai ihmisoikeuksien työntäminen sivuun? Oikeastaan kaikkiin kuitenkin vastaisi eristäminen höystettynä voimakkailla erityisryhmien suojoitoimilla. Sääntöutilitaristisesti noudatettavaksi periaatteeksi muodostuisi enemmistön suojelu vähemmistöjen tarpeita unohtamatta.

Kansan päätös ja eteenpäin asiassa

Mitä iloa tästä harjoituksesta sitten on? Oikeastaan voisi edetä kahdella tavalla. Joko perustetaan jokaiselle etiikan teorialle oma puolueensa (mahdollisesti hyvä) ja lakkautetaan vanhat (ehdottomasti hyvä). Oppeja voi lisätä, koska tässä ovat vasta tavanomaiset epäillyt, mutta niiden pitää olla riittävän selkeitä. Tai vaihtoehtoisesti pysytään entisissä mutta opetetaan poliitikot perustelemaan ratkaisunsa näiden teorioiden mukaan tai muuten niin selkeästi, että kaltaiseni yksinkertainen filosofikin ymmärtää ne ilman kahden viikon kirjoitusharjoituksia.

Kummassakin vaihtoehdossa voisimme ensin äänestää valtaan sen puolueen, jonka perustelupohja on meistä luontevin. Sitten vaalikauden mittaan voisimme seurata, kuinka hyvin ne pysyvät linjassaan – ja mitä siitä seuraa. Sitten voisimme seuraavissa vaaleissa jatkaa samalla puolueella tai vaihtaa, hyvin perustein. Saisimme läpinäkyvän ja osallistavan poliittisen järjestelmän. Liberaali demokratia kukoistaisi.

Vai kukoistaisiko? Pysyin uskossani, kunnes Piia Jallinoja huomautti asiaan liittyvässä henkilökohtaisessa viestinvaihdossa:

Mutta onko politiikassa mahdollista todeta: "Otamme nyt riskin, että 6000 riskiryhmässä olevaa kuolee, kunhan todennäköisyys, että vältymme taloudelliselta lamalta, kasvaa emmekä puutu kansalaisten vapauksiin." Semmoista ei ehkä vaan voi sanoa/ajatella.

Hyvä kysymys. Onkohan ja voikohan? Mutta läpinäkyvyys ja osallistavuus? Millä osallistun, elleivät kerro, millä perusteella tekivät päätöksensä? Missä läpinäkyvyys, ellei näin saa sanoa, vaan täytyy esittää asiansa niin monimutkaisesti, että putoan kärryiltä?

Ratkaisu ongelmaan taitaa olla ilmeinen. Se on vain jäänyt minulta sanomatta, kun olen [vanhasta muistista](#) 📌 selaillut näitä arkistojen aarteita. Josko mennään asioissa eteenpäin? Kehitetään, kunhan nyt ensin tästä selvittäään, ihan uusia ratkaisuja. Unohdetaan haihattelu liberaalista demokratiasta, tuosta globaalikapitalismin rengistä. Yritetään vaikka mennä johonkin vähän [anarkistisempaan](#) 📌 suuntaan. Opetellaan, niin kuin Elisa Aaltola juuri muistutti, olemaan muiden [eläinten](#) 📌 kanssa jollain ihan uudella tavalla. Tai – oma keustosuosikkini – ei tehdä tänne enää lisää [ihmisiä](#) 📌.

Alkuperäisjulkaisu: [Etiikka.fi 6.4.2020](#) 📌

Koronarajoitukset suojasivat taudilta, mutta monen iäkkään ja vammaisen henkilön hyvinvointi heikkeni

Päivi Topo,
johtaja, Ikäinstituutti

Varsin varhaisessa vaiheessa koronaepidemiaa todettiin covid-19-viruksen aiheuttaman sairauden olevan erityisen vaarallinen yli 70-vuotiaille. Jotta heidän terveyttään voitiin suojella ja samalla varmistaa kaikkien vakavimmin sairastuneiden pääsy tehohoitoon, tehtiin useita suosituksia heidän liikkumisensa rajoittamiseksi. Heitä suositeltiin pysymään kotona ja välttämään fyysisiä kohtaamisia muiden kanssa. Jokainen yli 70-vuotias sovelsi valtiovallan taholta tullutta ohjetta omaan elämäänsä sopivalla tavalla, ja valtaosa otti ohjeen varsin kirjaimellisesti. Takarajaa rajoittamishojeelle ei annettu.

Ensimmäiset tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että ne kotona asuvat yli 70-vuotiaat, jotka kohtasivat koronan edes kohtuullisen hyvävoimaisina, eivät ole kokeneet rajoitustoimien paljoakaan heikentäneen heidän hyvinvointiaan tai toimintakykyään (Rantanen 2020). Tämä tulos on sikäli yllättävä, että ohjatut liikuntapalvelut keskeytyivät käytännössä koko maassa. Sen sijaan niiden iäkkäiden kotona asuvien tilanne, joiden toimintakyky oli heikentynyt jo ennen rajoitustoimia, on todennäköisesti heikentynyt entisestään ja riippuvuus muiden avusta päivittäisissä toimissa kasvanut (Borodulin 2020). Heitä on THL:n FinnTerveys-tutkimusaineiston perusteella arviolta 39 000 (Borodulin 2020).

Kotihoidon asiakkaita on yli 73 000. Heidän tuli ohjeen mukaan välttää fyysisiä kontakteja, eli ohjetta sovellettiin heidän läheistensä kohtaamisiin. Kotihoidon palvelut jatkuivat kuten aikaisemminkin lukuun ottamatta sitä, että monessa kunnassa kuntoutuspalvelut lopetettiin kotihoidon asiakkaille. Kun läheisten fyysiset vierailut päättyivät, olivat kotihoidon asiakkaat yhä pidempiä aikoja yksin sisällä asunnossaan. On selvää, että entistäkin vähäisempi aktiivisuus arjessa, kuten ulkoilu tai juttelu läheisen kanssa,

on heikentänyt kotihoidon asiakkaiden hyvinvointia. Samalla he tulivat entistä enemmän kotihoidon palveluista riippuvaisiksi.

Hoitotakuun keskeyttäminen koronapandemiaan vedoten on pidentänyt hoitojonoja. Tähän vaikutti myös esimerkiksi julkisen hammashoidon sulkeminen valtaosin, samoin esimerkiksi sovittujen leikkausten siirtäminen eteenpäin. Ensimmäiset seurantatiedot kertovat terveyden eriarvoisuuden kasvamisesta, ja tämä pitäneekä paikkansa myös iäkkäiden keskuudessa. Iäkkäillä sosioekonomiset terveyserot olivat suuria jo ennen koronapandemiaa.

Lyhytaikaishoidon paikat suljettiin, ja tämä on entisestään vähentänyt niiden asiakaskunnan hyvinvointia. Osa asiakkaista asuu omaishoidon ja/tai kotihoidon turvin kotona. Iäkkäiden omaishoitajista valtaosa on iäkkäitä itsekin, joten lyhytaikaishoidon keskeytyminen on saattanut aiheuttaa tilanteen, jossa ympärivuorokautisesti läheistään hoivaava ei ole saanut taukoa viikkoihin tai jopa useisiin kuukausiin. Lisäksi kuntoutuspalveluiden yhtäkkäinen lopettaminen on heikentänyt omaishoidon piirissä olevien toimintakykyä ja kokonaishyvinvointia. Tämä tilanne on koskettanut kaiken ikäisiä omaishoitajia ja hoidettavia. Kunnan kanssa sopimuksen omaishoidosta on tehnyt noin 47 500 omaishoitajaa, mutta kaikkiaan omaishoidon kaltaisessa tilanteessa on arviolta 350 000 henkilöä.

Kaikkein raskaimmin koronatilanne saattoi heikentää ympärivuorokautisessa hoivassa olevien hyvinvointia. Heillä on erityisen suuri kuoleman riski, jos he sairastuvat koronan aiheuttamaan tautiin. Tiukat rajoitustoimet sulki ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat hoivayksiköihin kuukausiksi ilman kontaktia läheisiin tai ulkopuolisiin kuntoutuspalveluihin. Yhä edelleen rajoitetaan tiukasti läheisten vierailuja hoivayksiköiden sisätiloissa. Tämä on lisännyt myös työntekijöiden työmäärää, kun omaisten panos läheisensä auttamisessa ja vierellä olemisessa on jäänyt kokonaan pois. Myös omaisten kannalta tilanne on ollut kohtuuton: iäkkäät puoliset eivät ole tavanneet toisiaan moneen kuukauteen, eikä edes kuolemaa lähestyvää läheistä ole päässyt tapaamaan. Ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä asutaan keskimäärin viimeiset kaksi vuotta.

Vammaisten henkilöiden asumisyksiköissä rajoitustoimet ovat olleet myös erittäin tiukoja. Koska ohjeistukset olivat varsin epäselviä, osin keskenään ristiriitaisia ja vähitellen täydentyviä, on tämä jättänyt liikaa tulkinnan varaa. Jos esimerkiksi kehitysvammaisen

henkilö ei ole päässyt ulkoilemaan läheisensä kanssa eikä ylipäättään ulkoilemaan moneen viikkoon, on selvää, että rajoitustoimet ovat heikentäneet heidän hyvinvointiaan. Moni asumisyksikön asukas ei ole ymmärtänyt syytä heidän sulkemiseensa sisälle eikä heidän päivittäisen toimintansa kaikkinaiseen rajoittamiseen. Lisäksi kuntoutuspalvelut vähenevät jolleivät loppuneet kokonaan.

Myös hengityshalvauspotilaat, joiden henkilökohtainen apu järjestetään sairaanhoitopiiriin kautta, kokivat uudenlaista arkielämänsä rajoittamista. Henkilökohtainen avustaja saattoi esimerkiksi kieltäytyä lähtemästä avustettavan henkilön kanssa ulkoilemaan koronarajoituksiin vedoten. Myös tässä kohdin rajoitustoimien ohjeistukset jättivät liian paljon tulkinnan varaa yksittäisille työntekijöille tai palveluntarjoajille.

Yhteistä rajoitustoimille on ollut iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeuden heikkeneminen. Tavanomaiset päivittäiset itsenäisesti hoidetut toimet on kyseenalaistettu tai jopa julkisen vallan taholta määräyksiin tai voimakkain suosituksiin kielletty. Samoin on käynyt monille päivittäisille toimille, jos niiden toteuttamiseen on liittynyt avustava työntekijä. Itsemääräämisen rajoitukset ovat olleet usein myös kohutuuttomia, ja tämän taustalla on ollut valtiovallan epäselvät ohjeistukset ja niiden monenkirjavat tulkinnat.

Epäselvissä tilanteissa, joissa vallan epätasapaino on erityisen suuri, on riskinä, että tilanteista kärsivät ne, joilla valtaa määrätä omasta elämästään on kaikkein vähiten. Koronaepidemian vuoksi tehdyistä rajoitustoimista on paljon opittavaa tulevia pandemioita ja koronatilanteen jatkoa ajatellen. Kaikkein riippuvaisimmassa tilanteessa olevia henkilöitä koskevan ohjeistuksen on oltava erityisen selkeätä ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa. Vaikka ohjeiden tekemisellä olisi kiire, ei näistä periaatteista pitäisi tinkiä.

Rajoitustoimet kyseenalaistivat erityisesti hoivan ja asumispalveluiden asiakkaiden oikeuden perhe-elämään ja muihin sosiaalisiin suhteisiin. Tämä tapahtui kieltämällä vierailut, ja tämä jatkuu monessa yksikössä myös tätä kirjoitettaessa. Yksittäisen henkilön kohdalla on voinut käydä niin, että hän on siirtynyt omais- ja kotihoidosta ympärivuorokautisen hoivan asiakkaaksi eikä ole tämän jälkeen tavannut omaisiaan loppuelämänsä aikana, vaan kuollut rajoitustoimien ollessa edelleen voimassa. Mitä kauemmin rajoituksia sovelletaan, sen suuremmaksi kasvaa niiden perheiden määrä, jotka eivät voi tavata läheistään tämän viimeisten viikkojen tai kuukausien aikana.

Koronaepidemiaan liittyvillä rajoitustoimilla saatiin estettyä taudin leviäminen, monet vakavat sairastumiset sekä koronaan liittyvän taudin aiheuttamat kuolemat. Tämä on suojannut erityisesti yli 70-vuotiaita sekä perussairaita henkilöitä. Voikin todeta hallituksen valitseman strategian päässeen tavoitteeseensa suojella perusoikeutta elämään ja terveyteen. Etiikan näkökulmasta käytännön toteutuksessa oli kuitenkin paljon ongelmia, jotka kohdistuivat kaikkein haavoittuneemmassa tilanteessa oleviin. Heistä suuri osa on sosiaalihuollon asiakkaita. Nämä itsemääräämisen ongelmat voidaan ratkaista jo käsillä olevan koronaepidemian aikana ja välttää tulevilla epidemioilla.

Itsemääräämisoikeutta ja sen rajoittamista sosiaali- ja terveyspalveluissa koskeva lainsäädäntö on ollut valmisteilla yli kymmenen vuotta. Sen puuttuminen haittasi omalta osaltaan rajoitustoimien tulkintaa ja heikensi asiakkaiden ja potilaiden asemaa. Laki ei kuitenkaan yksin ratkaise ongelmaa, joka syntyy vallan epätasapainosta ja asiakkaiden suuresta riippuvuudesta palveluista ja niitä toteuttavista ammattilaisista. Itsemääräämisoikeuden rajoittamiselle pitää olla mahdollisimman korkea kynnyks, ja ennen kuin se ylitetään, on etsittävä aktiivisesti vaihtoehtoja rajoitustoimille yhdessä asianomaisten asiakkaiden ja heitä edustavien henkilöiden kanssa.

Lähteet:

Borodulin, Katja: läkkäät tarvitsevat liikunta- ja ulkoilumahdollisuuksia. Kuntalehti 23.6.2020

Rantanen, Taina: Vanhuutta koronan aikaan. 16.9.2020

Covid-19 Helsingin ikääntyneiden palveluissa – Havainnot johtamisen, henkilöstön ja iäkkäiden asiakkaiden näkökulmasta

Seija Meripaasi,

sairaala, kuntoutus- ja hoivapalvelujen johtaja, Helsingin kaupunki

Koronavirusepidemian alkaessa laajentua keväällä epidemia keskittyi vahvasti Uudenmaan alueelle ja erityisesti Helsinkiin. Helsingin kaupunki reagoi tilanteeseen nopeasti ja perusti kaupunkitasoisen koronavirustilannetta koordinoivan ryhmän ja nosti valmiutta sosiaali- ja terveystoimialalla sekä kasvatuksen ja koulutuksen toimialalla. Covid-19-epidemia tiedettiin vakavaksi riskiksi erityisesti ikääntyneelle väestölle. Suomen hallitus kehottikin kaikkia yli 70-vuotiaita pysymään kotona ja välttämään turhaa asiointia kodin ulkopuolella. Ikääntyneiden palveluiden oli reagoitava myös täysin uusien keinoin.

Suuri osa Helsingin ikääntyneiden ennaltaehkäisevistä palveluista, kuten palvelukeskukset, päivätoiminta, kulttuuri- ja liikuntapalvelut ja lyhytaikaishoito, suljettiin 16. maaliskuuta. Ikääntyneiden tukemiseksi käynnistettiin pikaisesti Helsinki-apu-toiminta kaupungin, seurakuntien ja monien järjestöjen yhteistyönä 30. maaliskuuta. Helsinki-avusta ikääntyneiden on ollut mahdollista saada asiointiapua ja keskustella arjen sujumisesta ja henkisen tuen tarpeesta epidemian keskellä. Kaikilla yli 70-vuotiailla (noin 80 000) on ollut mahdollisuus pyytää apua yhdestä numerosta ja kaikille yli 80-vuotiaille (noin 27 000) on soitettu ja kysytty, tarvitsevatko he apua.

Kulttuuri- ja vapaa-aikapalvelut alkoivat myös järjestää ikääntyneille kulttuuripalveluja etätoimintana ja siirsivät työntekijöitä avustamaan ikääntyneiden palveluihin.

Sairaala-, hoiva- ja kuntoutuspalveluissa otimme käyttöön nopeasti rajoitustoimenpiteitä ja muutoksia toimintaan hauraimpien ikääntyneiden suojelemiseksi tartunnoilta. Vaikeassa tilanteessa toimittiin hyvin järjestelmällisesti. Kansallisia ohjeita täsmennettiin omilla ohjeilla ja seurattiin tarkasti ohjeiden noudattamista. Helsingissä on panos-

tettu vahvasti epidemiologiseen toimintaan. Epidemiologiseen yksikköön perustettiin oma hoivatiimi, jonka kanssa johtomme on kokoontunut tekemään linjauksia ja laatimaan ohjeistuksia. Rajoituksia ja sulkua on asetettu hallitusti sekä purettu asteittain.

Vierailut hoivayksiköihin pääsääntöisesti kiellettiin STM:n ohjeen mukaisesti ja asukkaiden läheisille järjestettiin vaihtoehtoisia yhteydenpitotapoja. Saattohoitopotilaiden luona vierailut on erityisjärjestelyin mahdollistettu koko ajan. Ympäri vuorokautisia hoivapaikkoja on Helsingissä yhteensä 4 400, joten erityisjärjestelyjen tekeminen kaikkien asukkaiden tapaamisiin ei heti alkutilanteessa ollut mahdollista.

Työntekijät ohjeistettiin jäämään pois työstä jo lievästikin oireisina ja asiakkaiden ja työntekijöiden tarkka oireseuranta kaikissa palveluissa aloitettiin. Työskentelyssä ja asukkaiden liikkumisessa sekä ulkoiluissa on noudatettu turvavälejä ja siirretty mahdollisimman paljon etätyöskentelyyn, myös kokouskäytäntöjä on muutettu. Henkilökunnalle ja asukkaille ohjeistettiin huolellinen käsi- ja yskimishygienia. Hoivayksiköissä asukkaiden ryhmätoimintaa rajattiin ja muu yksiköiden tiloissa oleva toiminta keskeytettiin. Kun kansallinen ohjeistus suojainten käytöstä saatiin, henkilökunta ohjeistettiin käyttämään kirurgista suu-nenäsuojainta kaikissa asiakkaiden ja henkilökunnan välisissä kontakteissa. Alussa suojavarusteista oli pulaa, mutta suojaimia pystyttiin tällöinkin turvaamaan käyttöön kaikissa yksiköissä, joissa oli sairastuneita ja altistuneita.

Kaikista rajoitus- ja suojaustoimenpiteistä huolimatta maaliskuun loppupuolella monissa eri kotihoidon tiimeissä ja hoivayksiköissä alkoi ilmetä koronavirustartuntoja sekä asiakkailta että työntekijöillä. Nopea reagointi ja mahdollisten kontaktien (tartuntaketjut) ja altistuneiden selvittely ja jatkotoimenpiteet on koko ajan tehty järjestelmällisesti epidemiologisen yksikön hoivatiimin toimesta. Kaiken kaikkiaan voidaan arvioida, että ikääntyneiden palvelut onnistuivat suojelemaan asiakkaansa hyvin koronavirustartunnoilta. Vaikka tartuntoja ilmeni keväällä useissa yksiköissä, virus ei levinnyt hallitsemattomasti, vaan tautitapaukset saatiin rajattua. Yhteensä kotihoidon asiakkaista menehtyi 17 (noin 7 000 säännöllistä asiakasta) ja ympärivuorokautisessa hoidon asukkaista 90 henkilöä (4 410 hoitopaikkaa).

Hoivakotien tilanteessa, jossa omaiset ja läheiset eivät päässeet tervehtimään asukasta, heitä on tuettu muissa kommunikointitavoissa. Asukkaille on järjestetty mahdollisuuksia keskustella läheistensä kanssa puhelimitse ja videopuheluin sekä aktivoitu omaisia

lähettämään kirjeitä ja kortteja, joista etenkin muistisairaavat saavat paljon iloa. Omaiset ovat myös voineet tuoda vaikkapa asukkaan lempiruokaa tai kukkia läheiselleen. Vierailurajoituksia on purettu hallitusti toukokuun puolivälistä alkaen. Kesällä on mahdollistettu ulkovierailut ja myöhemmin myös sisävierailut aikarajoituksin hygieniaohteistuksia noudattaen ja suu-nenäsuojainta käyttäen.

Yhteisöllisyys on myös ilahduttavasti lisääntynyt: läheisistä huolehditaan ja huolenaiheista ilmoitetaan viranomaisille erityisesti ikääntyneiden kohdalla. Ikääntyneet ovat myös antaneet positiivista palautetta keväällä siitä, että he kokivat, että Helsingin kaupungissa pidetään heistä hyvää huolta ja välitetään aidosti.

Pandemiatilanne on nopeuttanut uudenlaisten palvelujen kehittämistä ja digiloikkaa sekä ammattilaisten että asiakkaiden kohdalla. Myös monet sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden omat yksiköt ovat kehittäneet uutta toimintaa, esimerkiksi etäpäivätoimintaa. Asiakkaille on järjestetty etänä tablet-laitteiden kautta esimerkiksi jumppa- ja lukutuokioita sekä keskusteluryhmiä. Jatkossa joustavia palveluja voidaankin tarjota entistä suuremmalle osalle asukkaista.

Ikääntyneisiin kohdentuneet rajoitukset ovat kuitenkin luonnollisesti lisänneet eriarvoisuutta ja heikentäneet toimintakykyä. Ikääntyneillä on suuria eroja taloustilanteessa sekä mahdollisuuksissa hyödyntää digitaalisia palveluja ja läheisiltä saatavassa avussa. Kotiin eristäytyminen ja aktiviteettien sulkeminen on heikentänyt sekä fyysistä että psyykkistä toimintakykyä. Toimintakyvyn heikentymisestä ovat kertoneet erityisesti ne asiakkaat ja omaiset, joiden arkea päivätoiminta ja palvelukeskustoiminta ovat kannatelleet. Liikkuminen ja sosiaaliset kontaktit ovat vähentyneet, eivätkä kaikki ikääntyneet ole uskaltaneet ottaa tarvittavia palveluja kotiin tai käydä esimerkiksi terveysasemalla. Onneksi muun muassa omaishoitajia tukevia palveluita on nyt pystytty asteittain avaamaan kevään jälkeen.

Myös hoivayksiköiden asukkaiden elämänpiiri kaventui, etenkin aluksi. Hoivayksiköissä monelle päivittäiset yhteisruokailut ja yhteisissä tiloissa vietetty aika sekä viikoittaiset muut aktiviteetit ovat tärkeitä psyykkisen ja fyysisen voinnin kannalta. Hyvinvointia on pyritty tukemaan muun muassa järjestämällä suunnitelmallisesti ulkoilua sekä hoivakotien pihilla jumppaa, konsertteja ja erilaisia esityksiä, joita asukkaat ovat voineet seurata omasta huoneesta tai parvekkeelta käsin.

Esimiesten tuki henkilöstölle on ollut erityisen tärkeää, ja esihenkilöitä on ohjattu hakemaan tukitoimia matalalla kynnyksellä. Käytämme Työterveys Helsingin palveluja, jossa on tarjolla monipuolista tukea työntekijöille sekä työyhteisöille.

Koronapandemian aikana on ymmärretty erityisen hyvin reaaliaikaisen ja avoimen tiedottamisen merkitys. Tiedottamiselle ja keskustelulle on syntynyt uusia toimintakäytäntöjä, ja esimerkiksi johdon pitämät viikoittaiset etänä järjestetyt keskustelu- ja kyselytunnit sekä viikkotiedotteet ovat saaneet henkilöstöltä kiitosta. Haastavassa tilanteessa on opittu uutta yhdessä tekemistä ja nopeaa reagoitua muuttuviin tilanteisiin.

Covid19-pandemia jatkuu, eikä vielä voida tehdä lopullista analyysia tilanteesta. Meillä sairaala-, hoiva- ja kuntoutuspalveluissa syksyn tilanne on näyttäytynyt kuitenkin erilaisena kuin keväällä. Sote-toimialan henkilökunta voi ratkaisevasti myös vaikuttaa siihen, että tartunnat eivät leviä sairaaloihin, asumisyksiköihin ja muihin hoitopaikkoihin, kun suljettuja palveluja jälleen käynnistetään. Meillä on selkeät ohjeet suojautumiseen asiakas- ja potilastyössä. Toimenpiteet hoivayksiköissä ja kotihoidossa ovatkin toimineet hyvin, eikä tartuntoja ikääntyneillä juurikaan esiinny eivätkä yksittäiset tartunnat pääse leviämään. Tärkeässä roolissa ovat olleet huolellisten hygienia- ja suojaustoimenpiteiden lisäksi aikainen koronatestaus ja joukkoseulonta sekä tartuntaketjujen jäljittäminen.

Helsingin kaupunki on kaikkiaan selviytynyt pandemiasta tähän mennessä hyvin, ja sitä on edesauttanut kaupungin johdon ja toimialojen välinen tiivis yhteistyö. Otimme vastaan pandemian suuremmalla voimalla kuin mikään muu alue maassamme. Yli kolmasosa Suomen tartunnoista on todettu helsinkiläisillä. Stadin sote on vastannut pandemian vakaviin ja nopeita muutoksia vaatineisiin haasteisiin erinomaisesti. Kiitos siitä kuuluu mahtavalle henkilöstölle!

Terveys- ja hyvinvointieroja on torjuttava myös koronapandemian aikana

Liina-Kaisa Tynkkynen,
dosentti, Tampereen yliopisto

Ilmo Keskimäki,
tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos



“Decisions that in normal times could take years of deliberation are passed in a matter of hours. Immature and even dangerous technologies are pressed into service, because the risks of doing nothing are bigger.”

Näin kirjoitti Yuval Noah Harari Financial Timesissa 20. maaliskuuta 2020. Sitaattiin kiitettyä hyvin se rytmi, jolla päätöksiä koronapandemian hallintaan liittyen on tehty niin globaalilla, kansallisella kuin paikallisellakin tasolla. Toimenpiteitä on tehty valtavalla nopeudella, koska vaihtoehto olla tekemättä mitään on ollut paljon pelottavampi.

Suuressa osassa maailmaa päätöksentekijät ovat joutuneet asettamaan erilaisia rajoituksia, joilla on ollut isoja taloudellisia, sosiaalisia ja terveydellisiä seurauksia. Kiireestä ja toisaalta tehtävän mahdottomuudesta johtuen arvioita rajoitustoimien vaikutuksista ei ole voitu kattavasti toteuttaa. Rajoitustoimista aiheutuvien seurauksien mittakaavaa ja todellisia vaikutuksia emme näe vielä pitkään aikaan. On kuitenkin arvioitu, että koronapandemian epäsuorat vaikutukset ihmisten talouteen, työllisyyteen, koulutukseen ja muihin terveyden sosiaalisiin määrittäjiin saattavat olla suuremmat kuin itse viruksen aiheuttama terveyshaitta (Bambra ym. 2020). Pandemian aiheuttamia kokonaisvaikutuksia on mahdollista arvioida vasta vuosien päästä. Kokonaisarvio on mahdollista tehdä vain tarkastelemalla vaikutuksia systeemisesti eri yhteiskunnan osa-alueet yhdessä huomioiden.

Etenkin pandemian alkupuolella toisteltiin, että koronan edessä olemme kaikki samassa veneessä. Tämä myytti on kuitenkin kumottu jo moneen kertaan (esim. Marmot &

Allen 2020). Clare Babra ja kollegat (2020) kuvaavat koronapandemiaa termillä ”syndemic pandemic”. Sillä he viittaavat siihen, kuinka koronaepidemiolla on yhteisvaikutuksia jo olemassa olevan tautitaakan kanssa. Terveyden sosiaalisten määrittäjien ja terveyden sosiaalisen gradientin kautta korona entisestään kärjistää yhteiskuntiemme eriarvoisuutta. Emme ole tasa-arvoisessa asemassa koronapandemian (tai muidenkaan isojen kriisien) edessä.

Eriarvoisuutta ja epäoikeudenmukaisuutta on mahdollista tunnistaa niin globaalisti maanosien ja yksittäisten maiden välillä kuin väestöjen, yhteisöjen ja yksilöiden välillä. Ne, jotka ovat globaalisti ja yhteiskuntien sisäisesti jo valmiiksi heikoilla, kokevat koronan vaikutukset todennäköisesti rajuimpina. Korona luo myös uusia huono-osaisuuden paikkoja ja mahdollistaa yhteiskunnan turvaverkkojen läpiputoamisen, jos palvelu- ja etuusjärjestelmämme ei kykene muuttumaan tarvittavalla nopeudella.

Samalla kun pandemian kanssa eletään mahdollisesti vielä vuosia, on katse käännettävä terveydellisen, sosiaalisen ja taloudellisen eriarvoisuuden ennaltaehkäisyyn. Tämä on välttämätöntä, jotta jo ennen koronaa olemassa olleet terveys- ja hyvinvointierot eivät lähde kasvuun. Aivan yhtä tärkeää on edistää globaalia, maiden välistä solidaarisuutta. Korona on osoittanut, että kansainvälisesti koordinoituille toimille niin viruksen leviämisen ehkäisemisessä, laitteiden, hoitojen ja rokotteen kehittämisessä ja taloudellisen avun jakamisessa on tarvetta. Toistaiseksi kansainvälinen yhteistyö on ollut jopa Euroopan unionin sisällä riittämätöntä. (Forman ym. 2020.)

Korona alleviivaa tarvetta terveysjärjestelmien resilienssin eli joustavuuden kasvattamiseen niin, että isonkin kriisin kohdatessa ne pystyvät kriisistä huolimatta ylläpitämään myös muita toimintojaan ja ennaltaehkäisemään mahdollisia pitkän aikavälin vaikutuksia (Thomas ym. 2020). Edellisen finanssikriisin jäljiltä pankkien stressitesteistä on tullut pysyvä käytäntö. Forman ja kollegat (2020) ovatkin ehdottaneet, että samanlaista lähestymistapaa olisi syytä harkita myös terveysjärjestelmien osalta. Tämä edellyttää monialaista yhteistyötä niin tutkijoiden kuin yhteiskunnan muiden toimijoiden taholta.

Koronapandemian kohdalla on myös käynyt selväksi, kuinka olennainen osa kattava sosiaaliturvajärjestelmä on epidemian torjunnassa (Greer ym. 2020). Sosiaaliturvajärjestelmät eivät ole vain osa kriisin jälkihoitoa vaan myös osa kriisin hallintaa. Kun elämme koronan kanssa hamaan tulevaisuuteen, on huomiota kiinnitettävä siihen, miten sosi-

aaliturvajärjestelmä kykenee muuttumaan tilanteessa, jossa koronasta on tullut uusi sosiaalinen riski muiden, jo perinteisempien riskien joukossa.

Tähän asti Suomi on selvinnyt koronan aiheuttamista haasteista hyvin. Tätä kirjoitettaessa epidemian toinen vaihe on kuitenkin alkanut eikä sen vaikutuksista ole vielä tietoa. On mahdollista, että toinen vaihe muodostuu epidemian hallinnan kannalta jopa haasteellisemmaksi kuin kevään 2020 tilanne. Tähän viittaa muun muassa se, että tartuntoja esiintyy kevääseen verrattuna laajemmin koko maassa. Lisäksi rajoitustoimien kustannukset ovat keväisen ensimmäisen aallon jäljiltä niin taloudellisesti kuin inhimillisesti koko ajan kalliimpia.

Vaikka epidemian hallinta on nykytilanteessa ensiarvoisen tärkeää, on tärkeää hallita myös epidemian välillisiä seurauksia. Katse on suunnattava myös tulevaan. Valmistautuminen seuraaviin vääjäämättömästi tuleviin pandemioihin on aloitettava jo nyt. Seuraavan pandemian tai muun laajan terveysturvallisuutta uhkaavan kriisin kohdatessa yhteiskuntien, terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmien ja kansainvälisten yhteistyön rakenteiden tulisi olla paremmin varautuneita ja valmiita toimimaan.

Lähteet:

Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. 2020. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 0: 1–5.

Forman F, Atunb R, McKee M, Mossialos E. 2020. 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy* 124: 577–580.

Greer SL, King EJ, da Fonseca EM, Peralta- Santos A. 2020. The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Global Public Health* 15:9: 1413–1416.

Marmot M, Allen J. 2020. COVID-19: exposing and amplifying inequalities. *J Epidemiol Community Health* 74: 9: 681–682.

Thomas S et al. 2020. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Koronaan liittyvät eettiset ulottuvuudet eduskuntatyössä

Kim Berg,
kansanedustaja

Koronapandemia vyörytti keväällä kansanedustajien arkeen lukuisia hallituksen esityksiä, joissa oltiin peruskysymyksien ääressä. Päätöksissä ratkottiin paitsi uudenlaisia haastavia käytännön ongelmia tuntemattoman edessä, myös painittiin jatkuvasti yhteiskunnan perusarvojen kanssa. Perustuslaki ja ihmisten perusoikeudet olivat tarkasti punnittuna päivästä toiseen ja nopeassa tahdissa. Rajoitustoimilla on pyritty estämään taudin etenemistä, turvaamaan terveydenhuollon ja erityisesti raskaan tehohoidon kantokyky kaikissa tilanteissa ja suojelemaan erityisesti niiden riskiryhmiin kuuluvien ihmisten henkeä ja terveyttä, joille tauti voi olla hyvin vakava.

Kansanedustajalle työskentely-ympäristö oli – ja on edelleen – monella tavalla vaikea. Ihmisten vapauksia rajoitettiin nopealla lainsäädännöllä, ja toisessa vaakakupissa turvattiin ihmisten oikeutta elämään. Jossakin vaiheessa alkoi yhä enemmän nousta kysymyksiä siitä, millaista elämää turvataan ikäihmisille ja riskiryhmille, jotka koronarajoitusten vuoksi olivat saatettu ajaa yksinäisyyteen, jopa yksinäiseen kuolemaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos painotti jo huhtikuussa raportissaan sitä, miten palvelujen supistaminen ja liikkumisrajoitusten käyttöönotto iäkkäiden palveluissa, erityisesti kotona asuvien kohdalla, on aiheuttanut ja tulee lisääntyvästi aiheuttamaan muun muassa iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn heikentymistä. Edelleen THL totesi, että erityisen haavoittuvia ryhmiä ovat maahanmuuttajat, mielenterveyshäiriöistä tai päihdeongelmasta kärsivät, vammaiset henkilöt, asunnottomat ja tilapäistä asumista tarvitsevat ja vähävaraisimmat ihmiset sekä ihmiset, joilla ei ole riittäviä mahdollisuuksia nettiasiointiin. Myös osa lapsiperheistä on joutunut erityisen vaikeaan tilanteeseen. Eri tahot ovat ilmaisseet vahvan huolensa lasten hyvinvoinnista ja avunsaannin mahdollisuuksista perheissä, joissa aikuisten päihteiden käyttö ja väkivalta lisääntyvät.

Suomi otti käyttöön laajoja ja kovia yhteiskunnallisia rajoitustoimia jo varhaisessa vaiheessa koronan leviämistä. Rajoituksia asetettaessa on punnittu eri perusoikeuksia suhteessa toisiinsa ja painotettu perusoikeutta terveyteen ja elämään sekä perusoikeutta sosiaali- ja terveystalouteen. Jokapäiväisessä päätöksenteossa painoi huoli siitä, tehdäänkö tarpeeksi, tehdäänkö liikaa, tehdäänkö oikein vai väärin. Valtoimenaan käynyt kansalaiskeskustelu ei helpottanut päätöksentekoa. Toimintaympäristö oli tavallaan sekava, tutkimukseen perustuva tietopohja epävarma ja tulevaisuus täysin sumuinen. Päätöksiä kuitenkin pystyttiin tekemään, ja hallituspuolueen edustajana voin olla myös kiitollinen oppositiolle siitä, että päätökset pystyttiin viemään eduskunnassa läpi yksimielisesti. Oli pakko luottaa parhaaseen mahdolliseen asiantuntija-arvioon, kokemustietoon ja perustuslakioppineiden näkemykseen siitä, millaisilla ehdoilla perusoikeuksia voidaan rajoittaa. Ja mikä parasta, Suomi on selvinnyt pandemiasta kansainvälisesti arvioiden erittäin hyvin sekä terveyden että talouden kannalta katsoen.

Koronavirusepidemian ja siihen liittyvien rajoitustoimien taloudelliset, sosiaaliset ja terveydelliset vaikutukset ovat mittavia ja monelta osin mahdollisesti pitkäkestoisia. Keväällä rinnakkain niiden toimien kanssa, joilla pyrittiin rajoittamaan epidemian leviämistä, ryhdyttiin säätämään useita tukitoimia, joilla autetaan ihmisiä, yhteisöjä ja yrityksiä. Näin olemme voineet auttaa ihmisiä ja yrityksiä kriisin yli, irtisanomisia on voitu välttää nopeilla muutoksilla työttömyysturva- ja lomautusjärjestelmään, joista työmarkkinaosapuolet pääsivät ennätysmäisen nopeasti keskinäiseen sopuun. Yrityksiä ja niiden toimintaedellytyksiä on pystytty vahvistamaan erilaisilla tukimuodoilla. Myös kunnille on kohdistettu tukitoimia, samoin järjestöjen toimintaan ja yksittäisille ihmisryhmille.

Moninaiset tukimuodot ovat kuitenkin johtaneet nopeaan ja suureen budjetin alijäämään ja velanottoon. Tämä taas johtaa kysymään, mitä tulee merkitsemään aikanaan talouden tasapainotus, miten pystymme oikeudenmukaisimmalla tavalla sopeuttamaan taloutta, kun sen aika vääjäämättä on edessämme. Kuvasin edellä yhteiskunnan haavoittuvia ryhmiä, joita korona-aika on erityisesti koskettanut. Muistammeko heitä, jos kilpailu etuisuuksista ja palveluista alkaa?

Nyt hybridimallin vaiheessa, jossa rajoituksia on voitu purkaa ja kohdentaa toimia tarkemmin, on edelleen pystytty hyvin hallitsemaan taudin leviämistä. On selvää, että tiukempia rajoituksia tulee tehdä tai palauttaa, mikäli tartuntojen määrä taas kasvaa

liikaa. Punnitsemme ihmisten erilaisia perusoikeuksia myös jatkossa. Tavoitteena on, että normaali lainsäädäntö tulee riittämään koronan kanssa kamppailemiseen eikä valmiuslakia tarvitse enää ottaa käyttöön. Kaikkien määräaikaisten rajoitusten on jatkossakin oltava välttämättömiä, oikeasuhtaisia ja kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden mukaisia.

Itselleni henkilökohtaisesti kevätkauden vaikeimpiin kysymyksiin kuului hoitohenkilöstön työhön kohdistuneet poikkeussäännökset. Valmiuslain nojalla käyttöön otetuilla henkilöstön palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavilla valtuuksilla oli tarkoitus turvata osaltaan sosiaali- ja terveystalouden riittävää toimintakykyä kiireellisten palveluiden, haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien palveluiden sekä muiden ehdottomasti tarvittavien palveluiden oikea-aikaiseksi varmistamiseksi pandemiatilanteessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tulee olla joka tilanteessa riittävän laajat ja nopeasti käytettävät mahdollisuudet varmistaa palvelujärjestelmän toimintakyky, jotta ihmisten oikeus elämään ja terveyteen sekä perustuslain takaamiin riittäviin sosiaali- ja terveystalouteihin ja välttämättömään huolenpitoon toteutuvat ja henkeä ja terveyttä uhkaavaa vaaraa voidaan torjua asianmukaisilla palveluilla.

Terveydenhuoltojärjestelmän toimintakyvyn säilyttäminen, myös pandemian aikana, on perusoikeusjärjestelmän näkökulmasta erittäin painava peruste, joka oikeuttaa poikkeuksellisen pitkälle meneviä, myös ihmisten perusoikeuksiin puuttuvia viranomais toimia. Samalla on huomioitava, että myös työntekijöillä on oikeuksia. Valmiuslain poikkeusvaltuuksien perusteella työntekijän vuosilomiin ja työaikoihin saa puuttua vain tilanteissa, joissa se on ehdottoman välttämätöntä lain tarkoituksen saavuttamiseksi, ja käytön tulee olla viimesijainen keino turvata riittävä henkilöstö. Poikkeusvaltuuksia ei ole sallittua käyttää esimerkiksi tavanomaisista sairauspoissaoloista tai matalasta henkilöstömitoituksesta johtuvan henkilöstövajeen paikkaamiseen.

Pidin huolestuttavana, että selvitysten mukaan poikkeussäännösten käyttämisessä ei kaikilta osin noudatettu asetuksen käytön edellytyksiä. Valmiuslain mahdollistamia poikkeuksia oli käytetty joissakin sellaisissa terveydenhoidon yksiköissä, jotka eivät liity koronaepidemian hoitoon, palvelussuhteen ehtoja oli myös sivuutettu laajemmin kuin mitä asetus sallii ja irtisanomisaikoja oli pidennetty ilman selkeää liitäntää koronaepidemiaan ja pidennyksen välttämättömyyttä osoittamatta. Myös

vuosilomia oli siirretty ja peruttu vastoin asetuksen välttämättömyysedellytystä. Mikäli jatkossa vielä joudutaan turvautumaan valmiuslain poikkeussäännöksiin, asetusten mahdollistamien poikkeusten käyttämisestä tulee laatia työnantajille riittävä ja selkeä ohjeistus, jossa korostetaan poikkeuksien käytön välttämättömyyttä ja viimesijaisuutta riittävän henkilöstömäärän turvaamisessa. Riittävän ja asianmukaisen ohjeistuksen lisäksi on korostettava myös valmiuslain toimivaltuuksien soveltamisen tehokasta valvontaa.

Koronaepidemia paljasti pintakiillon

Jukka Sariola,

puheenjohtaja, Hengityslaittepotilaat ry

Olen ollut iloinen viime vuosien yhteiskunnallisesta kehityksestä, jossa monessa kohtaa on opittu ottamaan meidät vammaiset henkilöt osallisiksi meitä koskevien asioiden suunnitteluun ja päätöksentekoon. On tajuttu, että kokemustietämystä käyttämällä saadaan tuotettua laadukkaampia palveluita.

Korona-ajan tuoma muutos toimintatapoihin on iskenyt päin kasvoja. Olen joutunut kysymään, onko vammaisten henkilöiden täysivertainen osallisuus sittenkin vain pintakiiltoa, joka rapisee heti tosipaikan edessä.

Määräilyn makua

Kun koronaepidemia alkoi, syntyi elämää ylläpitävää hengityslaitetta käyttävillä ja muilla toisten avun turvin elävillä vaikeavammaisilla huoli: riittääkö suojarusteita työntekijöilleni? Entä pääsenkö itse sairaala- ja varsinkin tehohoitoon tarvittaessa?

Suojavarusteita alkoi saada riittävästi pienen viiveen jälkeen. Aluksi saattoi kuitenkin käydä niin, että varusteita sai, mutta käyttöohjeistus puuttui.

Tuli myös informaatiota, ettei koronaan sairastunutta vaikeavammaista jätetä kotiin, vaan sairaalapaikka löytyy. Alun pahimmat pelot hälvenivät.

Tuohon aikaan annettiin valtiovallan taholta ohjeistuksia, jotka ilmaistiin määräyksen muodossa. Koronan pelko esti aluksi epäilemästä, onko yhteiskunnalla ja sen terveydenhuollolla oikeutta antaa tuollaisia määräyksiä. Omakohtainen kokemukseni sairaalan ”määräyksistä” oli esimerkiksi kieltö, että en saa työntekijöitäni lukuun ottamatta päästää ketään sisälle omaan kotiin. Toimin määräyksen mukaisesti, mutta en kiellon vuoksi, vaan omasta harkinnasta. Syyskuun lopussa tätä määräystä ei ole vielä kokonaan purettu.

Kokemuspohjaa tarvitaan

Kevään tarkasteleminen ei ole ilahduttavaa. Syntyi vaikutelma, että yhteiskunnan toimintatavat ovat vammaisten ihmisten kohdalla taantuneet viime vuosisadan puoliväliin. Holhoava ja laitoshoitokulttuurimainen ajattelu ja toimintatavat nostivat voimakkaasti päätään. "Kun asut meidän yksikössämme, meillä on oikeus kieltää kenenkään tulla sinun luoksesi tai poistua yksiköstämme. Tämä on ihan sinun parhaaksesi." On ollut myös käytänteitä, joissa suotiin näennäisesti liikkumavapaus, mutta käytännössä se es-tettiin, kun liikkumiseen ei saanut tarvitsemaansa apua.

Miten syvällä kulttuurissamme on ajattelu, että hallinnollisen tai terveydenhuollon koulutuksen ja työn tuoma asiantuntijuus riittävät tekemään vammaisille henkilöille oikeita ratkaisuja? Vammaisuuden tuomien rajoitteiden kanssa eläminen on joskus kiinni ulkoisesti näyttäen hyvin pienistä yksityiskohdista. Onko ollut osaava työntekijä laittamassa aamulla tukisukat oikein jalkaan niin, että jalat eivät turpoa ja päivän liik-kuminen onnistuu. Ilman omaa kokemusta on mahdollista mutta sangen haastavaa nähdä niitä kaikkia osatekijöitä, jotka mahdollistavat vammaisen henkilön sujuvan ar-jen. Kun meillä on kokemuspohjaisen tiedon ammattilaisia, joilla on tutkinnot suoritet-tuina, käytetään heitä.

Yksi esimerkki ontuvasta päätöksestä oli lähikuntoutuksen kieltö, jota onneksi saatiin lievennettyä suhteellisen pian. Osalla vammaisista henkilöistä toimintakyvyn ylläpi-to edellyttää säännöllistä lähikuntoutusta. Etäkuntoutus ei välttämättä ole ollenkaan mahdollista. Koronattomuus ei paljon piristä elämää, jos sivutuotteena on toimintaky-vyn olennainen heikentyminen. Pystyt omin voimin makaamaan sängyssä. Seuraukse-na lähikuntoutuksen kiellosta syntyy myös monin tavoin kalliiksi tulevaa hoitovelkaa.

Vinoutunut työmarkkina tullut näkyväksi

Näistä kriisiajan alun toimintatavoista on hyvä ottaa oppia. Tämän hetken yhteiskun-nan rakenteet eivät tarpeeksi varmista vammaisten henkilöiden äänen kuulumista tiu-koissa tilanteissa. Vammaiset henkilöt ja vammaisjärjestöt saavat olla mukana päätök-senteossa silloin, kun siihen on aikaa. Välttämättä näin ei tapahdu ollenkaan. Silloin kun organisaatioiden ydin tekee nopeita päätöksiä, näyttävät vammaiset henkilöt olevan pelkän hallintoalamaisen asemassa.

Kriisitilanne paljastaa myös vammaisten henkilöiden heikon työllisyystilanteen synnyttämän aliedustuksen sekä asioiden valmistelukoneiston työntekijöinä että päätöksentekokelemissä. Tähän tarvitaan muutos: valtion, kuntien ja esimerkiksi sairaanhoitopiirien sekä Kelan on syytä tietoisesti palkata lisää vammaisia ihmisiä sen lisäksi, että olemme mukana päätöksentekokelemissä. Lisäksi vammaisten ihmisten tulee ehdottomasti päästä mukaan erilaisissa kriisivalmiutta ja poikkeusoloihin varustautumista koskevien suunnitelmien tekoon.

Perustava kysymys on, toimiiko yhteiskuntamme riittävän tasavertaisesti kansalaisiaan kohtaan myös kriisiaikana. Onko vähemmän voimavaroja omaavien perusoikeuksien toteutumatta jääminen hyväksyttävämpää jonkin uhan varjolla? Terveydenhuollon etiikan yksi peruseriaate on, että annettavasta hoidosta pitää olla enemmän hyötyjä kuin haittoja.

Kun ollaan tilanteessa, jossa joudutaan miettimään rajoitustoimenpiteitä, on äärimmäisen tärkeää, että kyseisen kohderyhmän edustajat ovat arvioimassa, onko rajoitteiden haitta suurempi kuin hyöty.

Katsaus sosiaalityön arkeen keväällä 2020

Sonja Sulkakoski,

johtava sosiaalityöntekijä, Vaasan kaupunki

Tässä kirjoituksessa luon katsauksen covid-19-epidemian vaikutusten ilmentymään oman toimeni kautta. Lähestyn aihetta käytännön työssä esiin nousseiden ilmiöiden avulla ja nojaan näkökulmissani omien kokemusteni lisäksi myös kollegoitteni näkemyksiin. Nostan esiin muutamia havaittuja ilmiöitä laajasta sosiaalialan toimintakentästä.

Sosiaalityötä ohjaa keskeisesti sosiaalihuoltolaki, jonka lisäksi käytössä on joukko erityislakeja, kuten lastensuojelulaki ja vammaispalvelulaki. Lainsäädännön lisäksi sosiaalityössä työskentelyä peilataan vahvasti etiikkaan. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry on julkaisut vuonna 2017 päivitetty eettiset ohjeet, joissa on esiin nostettu sosiaalialan työtä ohjaavat keskeiset arvot. Sosiaalialan ammattilaisen toimissa, päätöksenteossa ja pyrkimyksissä on aina tavoitteena ihmisarvon, ihmis-oikeuksien ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, osallisuuden ja voimavarojen vahvistaminen sekä sosiaalinen oikeudenmukaisuus.

Valtakunnalliseen keskusteluun nousseet vanhuksille asetetut rajoitteet puhututtivat myös paikallisesti. Vanhusten lisäksi myös muut hoitoa ja hoivaa tarvitsevat ryhmät, kuten vammaiset ja kuntoutujat, joutuivat erilaisten toimenpiteiden kohteiksi. Vierailurajoitukset herättivät erilaisissa asumispalveluissa asuvissa asukkaissa ja heidän läheisissään ahdistusta ja jopa pelkoa. Myös esimiehet ja henkilökunta olivat suuren tehtävän edessä, kun pyrkivät toteuttamaan erilaisia suojautumis- ja muita ohjeita, joita he saivat sekä valtioliselta että paikalliselta taholta. Lisäksi asumispalveluissa oli kehitettävä nopealla aikataululla vaihtoehtoisia asukkaan ja omaisten kohtaamisia mahdollistavia toimintamuotoja ja -käytänteitä. Nämä monitahoiset ja samanaikaiset asumispalveluyksiköiden arjen toimintojen uudistukset ovat joiltain osin olleet vahvasti ristiriidassa itsemääräämisoikeuden sekä ihmisarvon ja -oikeuksien kanssa. Ylilyöntejä ja liian mitta-
via rajoituksia tehtiin ja niistä on opittava.

Covid-19-virukseen ja sen seurauksiin liittyvää tietoa tuotettiin keväällä runsaasti. Alkuvaiheessa, kun viruksen käyttäytymisestä ei vielä tiedetty kovinkaan paljon, kansalaisille annettiin toimintaohjeita. Kuitenkaan ohjeet eivät tavoittaneet kaikkia ryhmiä, koska niissä käytetty kieli oli vaikeaselkoista. Kielen ymmärtämisen vaikeudet voivat johtua erilaisista sairauksista, toimintakyvyn alenemisesta tai maahanmuuttajuudesta. Näiden selkeää suomea/ruotsia tarvitsevien ryhmien tarpeita ei riittävästi huomioitu tiedottamisessa ja ohjeistuksissa, joten heillä ei ollut keväällä yhdenvertaisia mahdollisuuksia suojata itseään ja läheisiään covid-19-virukselta.

Eryteisesti etnisille ryhmittymille suunnatuista omankielisistä paikallisista ohjeista oli alkuvaiheessa pulaa. Kotouttamisen parissa työskentelevät sosiaalialan ammattilaiset ja muut toimijat pyrkivät ratkaisemaan kukin tahoillaan maahanmuuttajille suunnatun omankielisen viestinnän. Viestinnän kohdentamisesta tiettyihin etnisiin ryhmittymiin käytiin myös keskusteluita alan ammattilaisten kesken. Osa näistä keskusteluista nousi esiin tiedotusvälineiden kautta. Oli havaittavissa, että etnisuus oikeutti ihmisryhmien luokittelun covid-19-epidemian varjolla. Kaikissa tilanteissa nyt ja tulevaisuudessa on tarkoin mietittävä viestintää ja toimenpiteitä pohdittaessa sitä, miten etnisyyteen liittyvää keskustelua käydään. Ihmisarvo ja -oikeudet sekä yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus ovat keskeisiä perustuslakiinkin pohjautuvia oikeuksia ja arvoja, joita ei missään tilanteessa oikeusvaltiossa voida rikkoa.

Lapsiperheitä covid-19-epidemiaan liittyvät kevään 2020 päätökset koskettivat erityisen voimakkaasti. Perusopetuksen siirtyminen etäopetukseen asetti perheet ja erityisesti lapset eriarvoiseen asemaan. Vähävaraisilla perheillä ei kaikilta osin ollut mahdollisuutta tarjota lapsille tietokonetta tai tarvittavaa nettiyhteyttä koulunkäynnin mahdollistamiseksi. Myös kasvaneet ruokamenot vaikeuttivat vähävaraisten perheiden selviytymistä taloudellisista velvoitteista. Toisaalta perheet, joissa voimavarat tai vanhemmuus olivat jo ennestään heikolla tasolla, eivät kyenneet ottamaan perheille annettua vastuuta hoitaakseen. Näissä perheissä lasten kasvu ja kehitys vaarantuivat entisestään. Myös erityislasten vanhempien jaksaminen oli koetuksella monista syistä johtuen. ”Terveys” edellä tehdyt päätökset heikensivät sosiaalista oikeudenmukaisuutta, eikä yhteiskuntamme kyennyt enää huolehtimaan kaikista heikoimmassa asemassa olevien perheiden hyvinvoinnista.

Covid-19-epidemian myötä yhteydenotot sosiaalitoimeen ja myös harkinnanvaraiset toimeentulotukihakemukset vähenivät. Ilmiö yllätti osaksi jopa sosiaalialan ammattilai-

set. Taustalla oli monia syitä. Raju muutos arjessa muun muassa lamaannutti ja mahdollisti vetäytymisen kotiin ”neljän seinän sisälle”. Arkea rytmittäneet erilaiset kuntouttavat toiminnot suljettiin, ja niiden muodostama sosiaalinen verkosto katosi. Myös vierailukiellot ja muut rajoitukset supistivat syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten sosiaalista kanssakäymistä ja yksinäisyyden kokemukset lisääntyivät. Sosiaalityön sisältö muuttuikin kuntouttavasta ja voimavaralähtöisestä työskentelystä enemmän kannattelevaan työotteeseen. Sosiaalityötä vaikeuttivat kevään aikana myös asiakkaiden torjunta, joka kohdistui muun muassa kotikäynteihin, aiemmin käytössä olleisiin sosiaalipalveluihin tai jopa akuuttiin apuun. Eettisesti tilanne oli haastava. Yksittäinen sosiaalityöntekijä joutui tarkasti pohtimaan sitä, miten hän kykenee toteuttamaan sosiaalialan arvoja ja lainsäädäntöä rikkomatta kuitenkin asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Erityisen haastavia olivat tilanteet, joissa asiakas ei kyennyt itse tunnistamaan palvelutarpeitaan.

Yksittäinen sosiaalitoimen asiakas sekä työntekijä joutuivat ottamaan keväällä käyttöön uudenlaisia asiointitapoja. Perinteinen tapaaminen toimistolla tai kotona väheni, ja työskentely etäyhteyksien avulla tai puhelimitse lisääntyi. Osalle asiakkaista ja työntekijöistä muutos oli jopa positiivinen. Uudenlainen kokemus siitä, että asiat etenevät ja omat vahvuudet pääsevät etätyöskentelyn avulla paremmin esiin, voimaannuttivat. Näiden asiakkaiden osalta muuttuneet toimintakäytänteet vahvistivat sekä osallisuutta että asiakkaan voimavaroja. Vastaavasti asiakkaat, joille uudenlainen yhteydenpito oli haastavaa, saattoivat kevään aikana jäädä kokonaan palveluiden ulkopuolelle. Tämän seurauksena toiseuden sekä ulkopuolisuuden kokemus ja syrjäytymisen uhka kasvoivat. Joidenkin osalta syrjäytyminen syventyi entisestään, ja he saattoivat kadota yhteiskunnan systeemeistä.

Sosiaalialan ammattilaiset työskentelevät päivittäin erilaisissa verkostoissa, joissa asiantuntijoita on mukana muun muassa TE-toimistoista, Kelasta, Maahanmuuttovirastosta ja tietysti terveydenhuollosta. Yhteistyötä tehdään myös kolmannen sektorin kanssa. Covid-19-epidemian alkaessa lähes kaikki toimijat muuttivat lyhyen ajan sisällä toimintakäytänteitään. Valtaosa toimijoista siirtyi toteuttamaan palveluitaan ajanvarauksella ja/tai etäyhteyksien avulla. Muutoksien myötä asiakkaiden vireillä olleiden asioiden käsittely pitkittyi ja monimutkaisti entisestään henkilön elämää. Myös peruspalveluiden saavutettavuusongelmat siirsivät ohjaus- ja neuvontatehtäviä sosiaalityölle, joka pyrki itsekin vallitsevissa olosuhteissa mukauttamaan toimintojaan tilanteeseen.

Työntekijöiden näkökulmasta tarkasteltuna kulunutta kevättä voisi kuvata sanalla ”erikoinen”. Yhteiskunnalliset tapahtumat ja päätökset tuntuivat osittain käsittämättömiltä. Heikoimmassa asemassa olleiden ihmisten tilanteiden ja hädän kohtaaminen sekä eettiset ristiriitaisuudet kuormittivat jaksamista. Myös eri toimijoiden toimintakäytäntöjen muutokset ja rajaukset tuntuivat kohtuuttomilta ja eettisesti vääriltä. Vastaavissa tilanteissa eri alojen toimijoiden tulee kantaa vastuuta yhteisvastuullisesti. Muuten muiden viranomaisten vastuulla olevat tehtävät siirtyvät sosiaalialan ammattilaisten hoidettaviksi.

Covid-19-epidemia ravisteli ja ravistelee yhä edelleen yhteiskuntaamme. Vaikutuksia on havaittavissa elämän eri osa-alueilla. Osa seurauksista on vasta näköpiirissä ja ennusteissa. Kiistatta voimme kuitenkin todeta, että eettisyyden rajoja on koeteltu ja jopa ylitetty. Kokemukset ovat entisestään kasvattaneet sosiaalialan ammattilaisten tahtoa nostaa esille heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden oikeuksia, mutta yhteinen yhteiskunnallinen hyvä tarvitsee toteutuakseen myös muiden ammattikuntien ponnisteluita ja eettisesti kestäviä päätöksiä.

Mielen liikkeitä epidemian aikana

Virpi Sipola,

sielunhoidon johtava asiantuntija, Kirkkohallitus



Turvallisuuden tarve

Fyysisten tarpeiden lisäksi ihmisen perustarpeita ovat tarve kokea yhteenkuuluvuutta ja rakkautta ja saada osakseen arvostusta. Voidaksemme hyvin tarvitsemme myös riittävästi turvallisuutta, elämän ennustettavuutta ja mahdollisuuden toteuttaa itseämme. Sairastuminen tai sairastumisen riskiin liittyvä epävarmuus ja ennakoimattomuus horjuttavat perusturvallisuutta. Perusturvallisuuden horjumisen ja uhan kokemus tuottavat ahdistusta ja kysymyksiä, joihin emme välttämättä löydä vastauksia. Koronavirustauti (covid-19) uhkaa joiltain osin kaikkia perustarpeitamme. Epidemian keskellä eläminen herättää monia kysymyksiä: "Sairastunko itse tai sairastuuko joku läheisistäni?", "Entä jos sairastun vakavimmalla mahdollisimmalla tavalla tai jos tauti johtaa kuolemaan?", "Miten voimme suojella toisiamme?", "Milloin tämä poikkeuksellinen tilanne päättyy?"

Tunteet ovat meidän reaktioitamme ulkoiseen tai sisäiseen ärsykkeeseen. Ne ohjaavat meitä toimimaan tilanteen mukaisesti ja vaikuttavat selviytymiseemme. Usein tunteiden taustalla on jokin tyydyttymätön tarve, esimerkiksi tarve kokea turvallisuutta. Omien tunteiden tunnistaminen ja nimeäminen auttavat meitä ymmärtämään itseämme ja toimintaamme paremmin. Pelko, epävarmuuden ja turvattomuuden tunteet ovat normaaleja tunteita ja luonnollinen reaktio epidemian keskellä. Se, miten voimakasta turvattomuutta koemme, on yhteydessä aikaisempiin kokemuksiimme elämästä. Riittävän turvallinen elinympäristö, koettu hoiva ja huolenpito lisäävät luottamustamme omaan toimijuuteen ja kykyymme löytää ratkaisuja vaikeassa tilanteessa.

Vaikka koronaepidemia koskettaa meitä kaikkia, sen vaikutukset eivät jakaannu tasa-arvoisesti. Sairastumisen riskit vaihtelevat, eikä työntekeminen etänä ole mahdollista kaikille. Osalla meistä on kattavat lähisuhdeverkostot ja mahdollisuus etsiä ja saada tukea, kun taas toiset jäävät yksin haastavassa tilanteessa. Yksilölliset voimavarat ovat erilaisia.

Koronaepidemia on heikentänyt hauraimmassa asemassa olevien ihmisten tilannetta ikäryhmään katsomatta.

Eksistentiaalinen kriisi

Vaikea ja ratkaisematon tilanne voi muodostua koko ihmisen olemassaoloa koskettavaksi eksistentiaalisesti kriisiksi. Eksistentiaalinen kriisi on psyykinen tila, joka syntyy, kun ihminen aavistaa tai ymmärtää oman elämänsä rajallisuuden samalla tietoisena siitä, että rajallisuuden merkitys on täysin avoin (Mattila 2002). Filosofin Karl Jaspersin käyttämä tällaisesta tilanteesta nimeä rajatilanne. Se voi sisältää merkityksettömyyden ja mielettömyyden kokemuksia, häpeän ja syyllisyyden tunteita sekä kuoleman pelkoa. Olemassaolomme perusteet, se millaiseksi olemme maailman ajatelleet ja millainen käsitys meillä on itsestämme ja elämästämme, rikkoutuvat. Nykyhetkeen liittyvä mielekkyyden kokemus ja tulevaisuuden suunnitelmat horjuvat. Rajatilanteessa pyrimme ratkaisemaan tilanteen ristiriitaisuuksia oman maailmankuvamme, vakaumuksemme, elämäkokemuksemme, minäkäsityksemme ja voimavarojemme puitteissa (Jaspers 1960). Samalla olemme kuitenkin tietoisia siitä, että elämäämme ja valintojamme rajoittavat tietyt olosuhteet. Eksistentiaaliseen kriisiin liittyvässä rajatilanteessa ihminen voi äärimmillään sulkeutua yksinäisyyteen eikä ulkomaailma tunnu enää merkitykselliseltä.

Eksistentiaaliset, olemassaoloon liittyvät kysymykset voivat aktivoitua myös identiteetti-kriisissä, elämän murroskohdissa ja uuden elämänvaiheen edessä. Kuoleman uhkaan liittyvä pelko voi liittyä sekä itse kuolemaan että kokemukseen olemassaolon horjumisesta ja itsensä kadottamisesta. Erilaiset kriisit voivat olla uusia mahdollisuuksia ja käännekohtia. Tavallisesti ne kuitenkin koetaan ristiriitaisina, ratkaisemattomina ja kielteisinä tilanteina. Kriisin laantuminen edellyttää tosiasioiden kohtaamista sellaisena kuin ne ovat. Vaikean tilanteen kohtaaminen yksin voi olla liian raskasta. Siihen tarvitaan toisen ihmisen läsnäoloa ja tukea. Koronaepidemian aikana läsnäoloa esimerkiksi sairaaloissa ja hoivailaitoksissa on rajoitettu. Se on osittain lisännyt psyykkistä kuormitusta sekä potilailla, asukkailla että hoitohenkilökunnalla.

Koronan vaikutuksia

Koronavirustauti on muuttanut arkeamme monin tavoin sekä yksilötasolla että globaalisti. Koulu- ja opiskelumaailmassa, työelämässä ja vapaa-ajan viettämisessä olemme joutuneet sopeutumaan poikkeuksellisiin järjestelyihin. Kuormitusta aiheuttavat arjen rajoitukset, työ- ja vapaa-ajan välisen rajan hämärtyminen, pakkolomautukset ja työn loppuminen

kokonaan. Pandemia on myös tehnyt näkyväksi maailman kompleksisuuden ja yhteiskunnan toimintamallien ja rakenteiden sekä talouden ja ihmisen osaamisen välisen kiihtymisen (Kegan & Lahey 2009; Casti 2012). Haasteiden ratkaiseminen edellyttää sopeutumista ja uusien toimintamallien kehittämistä monella tasolla.

Koronaepidemiaan liittyvät rajoitukset ovat lisänneet yksinäisyyttä. Yksinäisyys on lisääntynyt erityisesti ikäihmisillä. Yhteyden kokeminen lievittää yksinäisyyttä. Kaipaamme kuulluksi ja nähdyksi tulemistä sekä sitä, että toinen ihminen kohtaa meidät sellaisina kuin olemme.

Edesmennyt eetikko ja teologi Martti Lindqvist (1985) kirjoittaakin: *”Ihmisen syvimpiä tunteita on tulla oikein nähdyksi, ei niinkään hyvänä tai pahana vaan ennen kaikkea totena, että joku voisi katsoa minua tarkasti, kuulla minua ja tulla minua kohti.”*

Kokemus nähdyksi ja kuulluksi tulemisesta sekä mahdollisuus tulla kohdatuksi kaikkine tunteineen hyväksyvästi ja kunnioittavasti vahvistaa kokemusta olemassaolosta. Erityisesti silloin, kun kärsimme ilman, että tulemme vastaanotetuiksi, tuntuu kärsimyksemme merkityksettömältä. Merkityksettömyyden kokemus voi laajentua koskemaan koko elämäämme. Koronaepidemia on tuottanut paljon kohtaamattomuuden ja ohitetuksi tulemisen kokemuksia. Psykkisiä seurauksia ja vaikutuksia väestön hyvinvointiin emme vielä tunne riittävästi.

Yksi perustarpeemme on rakkauden ja yhteenkuuluvuuden tarve. Rakkauden tarve on vastavuoroinen. Elämän ja oman olemassaolon merkitys vahvistuu suhteessa olemisen ja yhteyden kokemisen kautta. Voimme kokea yhteyttä suhteessa Jumalaan, korkeampaan voimaan, luomakuntaan tai toisiin ihmisiin.

Epävarmassa tilanteessa, jossa mahdollisia tulevaisuuksia on useita, on tärkeää pyrkiä pitämään kiinni arjen rutiineista. Säännönmukaisuus, tiettyjen arjen toimintojen toistuminen ja vuorokausirytmistä kiinni pitäminen ovat asioita, joihin voimme vaikuttaa ja jotka ovat ennakoitavissa. Ne vahvistavat turvallisuudentunnetta ja pitävät meidät toimintakykyisinä. Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen, riittävä ja monipuolinen ravinto ja lepo ovat tärkeitä.

Tunteiden ja kokemusten työstäminen helpottaa oloa. Tunteiden työstäminen voi tapahtua esimerkiksi puhumisen, kirjoittamisen, oman kehon kuuntelemisen, taiteen ja liikunnan keinoin. Voimme pyytää apua ja saada tukea läheisiltä tai ammattiauttajilta. Jokainen meistä tarvitsee toista ihmistä. Oman tarvitsevuuden tunnustaminen ja avun pyytäminen on luonnollista.

Resilienssi

Kykymme ja taitomme tunnistaa ja hyödyntää omia voimavarojamme vaihtelee. Tietoisesti tai tiedostamatta havainnoimme ja teemme tulkintoja ympäröivästä todellisuudesta. Tulkintojen perusteella teemme erilaisia valintoja. Vaikeassa ja yllättävässä tilanteessa on erityisen tärkeää miettiä, millaisia voimavaroja tai selviytymisen keinoja meillä on käytettävissämme. Voimme miettiä, miten aikaisemmin olemme selvinneet vaikeasta tilanteesta ja mikä on helpottanut oloa. Mistä olemme saaneet apua ja mikä on tuonut turvaa? Omien voimavarojen ja vahvuuksien hyödyntämisessä tarvitsemme henkistä kapasiteettia eli resilienssiä. Resilienssi merkitsee joustavuutta ja kykyä palautua. Resilienssi vaikuttaa siihen, että tilanteissa, joissa totutut ajattelu- ja toimintamallit eivät toimi, meillä on joustonvaraa. Resilienssi ihminen kykenee palautumaan vastoinkäymisistä ja kuormittavista tilanteista menemättä rikki. Hän sopeutuu ja sopeuttaa toimintaansa. Resilienssi tukee uskoa siihen, että voimme aktiivisesti vaikuttaa omaan elämäämme ja siihen, miten tulkitsemme vastoinkäymisiä. Resilienssiä on mahdollista vahvistaa koko elämän ajan. Koska luomme käsitystä itsestämme suhteessa toisiin ihmisiin, resilienssin kehittymiseen vaikuttaa yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus.

Vakaumus

Vakaumus rakentuu arvoista ja elämän merkityksellisyyden tunteesta. Vakau-
musta lähellä on käsite *katsomus*. *Usko* sisältää luottamuksen Jumalaan, Luojaan tai Korkeimpaan; se on hengellinen termi. Uskoon kuuluu luottamus Jumalan turvaan. Uskonnollinen vakaumus tuo monelle toivoa. Usko helpottaa vaikeista tilanteista selviämistä ja tukee eri elämänvaiheissa. Se lisää kiitollisuutta elämästä, auttaa tunteiden hallinnassa ja tukee itsetuntoa.

Uskonnollisiin tilaisuuksiin osallistuminen antaa sosiaalista tukea ja tukee mielen-
terveyttä. Mielen-terveyttä voivat tukea lisäksi uskonnolliset, henkiset ja hengelliset rituaalit, kuten rukoileminen, hartausohjelmien kuunteleminen ja oman uskon ilmaiseminen yksin tai ryhmässä. Rukoileminen voi olla yksityistä tai julkista. Se voi toteutua yhdessä muiden kanssa

tai yksin. Rukoilemisen merkitys korostuu erityisesti silloin, kun pelko valtaa mielen. Korona-epidemian aikana uskonnollisiin tilaisuuksiin on mahdollista osallistua verkossa.

Vakaumus on henkilökohtainen, mutta sen merkitys ulottuu myös toisiin ihmi–siin huolenpitoon ja ystävällisyyteen. Toisten tukeminen tukee myös meitä. Vakaumusta ja hyvinvointia voidaan tukea monin eri tavoin. Musiikki, kuvataiteet ja kirjallisuus voivat tukea spiritualiteettia, henkistä ja hengellistä vakaumusta, antaa toivoa ja auttaa jaksamaan vaikeassa tilanteessa. Luonnossa oleilu laskee stressiä ja lisää turvallisuuden kokemusta.

Toivo

Toivolla on tärkeä rooli ihmisten elämässä (Olsman ym. 2014b). Toivoa voidaan tulkita kolmella tavalla: odotuksena, selviytymisenä ja merkitystä antavana (Olsman ym. 2014a). Toivo voi olla realistista tai epärealistista odotusta. Se voi olla voimavara ja vahvuus, joka auttaa kestämään vaikeassa tilanteessa riippumatta siitä, onko toivo realistista. Toivo antaa myös merkitystä. Nykytilan merkityksellisyttä pyritään löytämään yhdistämällä se tulevaisuuteen. Yksilön oma elämäntarina tulee täydelliseksi silloin, kun liitetään menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus yhteen merkitykselliseksi kokonaisuudeksi.

Toivontutkija Jari Kylmä kuvaa toivoa elämän perusvoimavarana. Toivo on mahdollisuuden kokemista juuri niissä olosuhteissa, joissa ihminen on. Se on kykyä elää vallitsevassa tilanteessa. Toivo dynaamisena elämänvoimana on toivoa, jolla ei sinänsä ole kohdetta. Se on nykyhetkeä kannatteleva ja eteenpäin vievä voima, joka auttaa uskomaan, että tulevasta selviää. Myös vaikeassa tilanteessa ja uhan keskellä on toivoa. Se on toivoa, joka liittyy juuri siinä hetkessä elämisen mahdollisuuksiin.

Toiveet puolestaan ovat toivoa, jolla on kohde. Toiveet avaavat näkökulmia tulevaisuuteen. Toivo voi löytyä myös menneisyydestä. Menneisyydessä voi olla asioita, joista on selvinnyt, mikä luo toivoa nykytilanteeseen. Toivoa tukevat sekä saatu että annettu huolenpito ja hoiva ja suhteessa oleminen itselle tärkeän toisen kanssa. Omien tunteiden läpikäyminen ja jakaminen lisää toivoa. (Kylmä 2020.) Toivoa on tärkeä pitää tietoisesti yllä.

Koronavirusepidemiasta tiedämme tällä hetkellä sen, että suurin osa sairastuneista paranee. Vain harva tarvitsee tehohoitoa. Jossain vaiheessa pahin epidemia-aika päättyy ja virukseen löydetään lääke. Tällä hetkellä kaikkien yhteinen tahtotila on pyrkiä estämään viruksen leviäminen.

Lähteet:

Casti, J. (2012). X-Events: The Collapse of Everything

Kegan, R. & Lahey, L. (2009). Immunity to Change: How to Overcome It and Unlock the Potential in Yourself and Your Organization.

Jaspers, K. (1960). *Psychologie der Weltanschauungen*. 5. painos. Springer-Verlag. Berlin.

Jaspers, K. (1985). *Ajattelun suunnantajat*. Suom. Leisten, Paula saksankielisestä teoksesta

Psychologie der Weltanschauungen 6.Aufl.1971. Springer.Berlin. Kirjayhtymä, Hki.

Karvinen, I., Lipponen, V. & Sipola, V. (2020). Vakaumuksen kunnioittaminen – opas vakaumuksen kunnioittamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kirkon sielunhoito, sairaalasielunhoito. Painamaton lähde. 📄

Kick, H. A. 2015: Grenzsituationen, Krisen, kreative Bewältigung. Prozessdynamische Perspektiven nach Karl Jaspers. Universitätsverlag Winter GmbH. Heidelberg, 115–137.

Kierkegaard, S. 1988: Väliosoittoa. Suom. Torsti Lehtinen. Kirjapaja. Gummerus Oy Kirjapaino. Jyväskylä.

Kylmä, J. 2020. Toivotutkija Jari Kylmä: toivo auttaa elämään tässä ja nyt. 📄

Lindqvist, M. (1985). *Ammattina ihminen*. Otava.

Mattila, K.-P. (2002). *Syöpäpotilaan palliativisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat*. Suomalainen teologinen kirjallisuusseura. Väitöskirja.

Olsman, E., Leget, C., Onwuteaka-Philipsen B. & Willems D. (2014a). Should palliative care patients' hope be truthful, helpful or valuable? An interpretative synthesis of literature describing healthcare professionals' perspectives on hope of palliative care patients. *Palliative Medicine* 28(1), 59–70.

Olsman E., Duggleby W., Nekolaichuk C., Willems D., Gagnon J., Kruizinga R., & Leget C. Improving communication on hope in palliative care. A qualitative study of palliative care professionals' metaphors of hope: grip, source, tune, and vision. *Journal of Pain and Symptom Management*; [2014b]; 48(5), 831-838.

Pojjula, S. (2018). *Resilienssi – muutosten kohtaamisen taito*. Kirjapaja.

Covid-19-epidemia HUSissa, eettisiä näkökohtia

Teppo Heikkilä,
hallintoylilääkäri, HUS

Covid-19-epidemia iski ensimmäisessä aallossaan voimallisimmin Uudenmaan ja erityisesti pääkaupunkiseudun alueelle. Kaikista todetuista tapauksista ja hoidetuista potilaista valtaosa oli Uudenmaan alueella. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) toimintaan tällä oli hyvin suuria vaikutuksia monella eri tasolla. Tässä kirjoituksessa käyn läpi HUSissa kevään 2020 aikana tehtyjä toimenpiteitä pohtien samalla niiden eettisiä ulottuvuuksia.

Ensimmäiset merkit siitä, että covid-19-epidemia ulottuu myös Suomeen ja HUSin alueelle, saatiin noin helmikuun lopulla 2020. Ensimmäinen tartunta HUS-alueella todettiin 26.2. Tilannetta oli toki seurattu jo tätä aikaisemmin. Tiedot erityisesti Pohjois-Italiasta ennakoivat, että pahimmillaan covid-19 tulisi leviämään Suomessakin voimakkaasti ja edellyttämään erityisesti tehohoitokapasiteetin voimakasta lisäämistä, jopa kaksin-kolminkertaistamista, nopealla aikataululla. Näin ollen HUSissa aloitettiin valmiussuunnitelman mukainen toiminta. Valmiusjohto kutsuttiin koolle ensimmäisen kerran 2.3., ja tilannejohtamista varten perustettu pandemiakoordinaatioryhmä kokoontui ensimmäisen kerran 5.3. HUSissa valmiustaso nostettiin täysvalmiuteen (3. taso) 19.3. ja se laskettiin tehostettuun valmiuteen (2. taso) 29.5., jossa olemme edelleen tätä kirjoitettaessa.

Epidemian alussa määrittelimme hoidon periaatteet, joiden tarkoitus oli sekä ohjata toimintaamme että viestiä toimintaperiaatteistamme ulospäin:

- Hoidamme kaikki covid-19-potilaat potilaskohtaisesti parhaimmalla tavalla, eettisesti oikein ja korkealla lääketieteellisellä tasolla.
- Covid-19-potilaita hoitaessamme emme unohda myöskään muita hoitoa tarvitsevia potilaita.

- HUS on valmiustilassa, ja käytössä on valmiusjohtamismalli – päätöksentekomallia on yksinkertaistettu ja nopeutettu.

Taudista jo heti sen alkuvaiheessa maailmalta saatujen tietojen perusteella Suomenkin kaikissa sairaaloissa aloitettiin nopea varautuminen epidemiaan erityisesti tehohoitokapasiteettia nostamalla. HUSissa olemassa oleva tehohoitokapasiteetti noin kaksinkertaitettiin parin kuukauden aikana noin 80:stä tehohoitopaikasta noin 160:een.

Käytännössä tehohoitokapasiteetin nostaminen edellyttää kolmea keskeistä resurssia: tehohoitoon soveltuvia tiloja, respiraattoreita ("hengityskoneita") ja henkilöstöä. Näihin kaikkiin kohdistuu tehohoidossa erityisiä vaatimuksia. Monista käytännön syistä johtuen kaikkia edellä mainittuja resursseja, tiloja, laitteita ja henkilöstöä, on helppoa ottaa nopeasti käyttöön leikkaussaleista. Tällä on kuitenkin samalla suora vaikutus mahdollisuuksiin jatkaa normaalia leikkaustoimintaa. Koronavirusepidemian vuoksi tästä syystä johtuen jouduttiin siirtämään kiireettömiä leikkauksia. Koska tilanteeseen jouduttiin reagoimaan nopeasti, tämä kohdistui eri tavoin eri erikoisaloille sen mukaan, mitä tiloja HUSissa otettiin koronaviruspotilaiden hoidon käyttöön. Leikkausten siirtoja tehtiin edellä mainittujen syiden lisäksi potilaiden omista aloitteista koronavirusepidemiasta johtuen.

Kaikista kriittisimmäksi resurssiksi tehohoitokapasiteetin kasvattamisessa todettiin jo heti alkuvaiheessa osaava hoitohenkilöstö. Normaalitylanteessa osaavan, itsenäisesti työskentelemään kykenevän tehohoitajan toimipaikkakoulutus kestää noin 2–3 vuotta. Yhden ympärivuorokautisen tehohoitopaikan lisääminen lisää ympärivuorokautisesti vuorotyössä työskentelevien sairaanhoitajien tarvetta viidellä. Lisäksi tarvitaan päivystäviä tehohoitolääkäreitä. HUSissa lääkäreitä ja sairaanhoitajia pikakoulutettiin koronaviruspotilaan tehohoitoon yhteensä lähes 800 henkilöä. Koronaviruspotilaiden vuodeosastohoitoon pikakoulutettiin yli 200 henkilöä. Kaiken kaikkiaan toiseen yksikköön siirtyi epidemian aikana työskentelemään noin 1 500 henkilöä.

HUSissa pyrittiin huolehtimaan myös muiden kuin koronaviruspotilaiden hoidosta koko epidemian ajan. Jo keväällä epidemian alkaessa HUSissa pidettiin normaalitoimintaa tietoisesti yllä niin pitkään kuin sen katsottiin olevan mahdollista. Samoin loppukeväästä HUSissa lähdettiin lisäämään normaalitoimintaa heti, kun epidemiatilanne sen mahdollisti. Kesän aikana epidemiatilanteen ollessa rauhallisempi ennakoitiin syksyn mahdol-

lista epidemian toista vaihetta kehittämällä ja tarkentamalla toimintamalleja ja eskalautisuunnitelmia (suunnitelmia sitä, missä järjestyksessä tiloja ja henkilöresursseja otetaan koronaviruspotilaiden hoidon käyttöön potilaiden määrän mahdollisesti lisääntyessä) kevään kokemusten perusteella. Tavoitteena oli kyetä syksyn aikana kevättä paremmin pitämään yllä muuta toimintaa myös potilasmäärän lisääntyessä, jotta koronaviruspotilaiden hoidosta johtuva rasitus kohdistuisi tasaisemmin kaikille erikoisaloille. Kiireellinen hoito HUSissa on annettu kaikille sitä tarvitseville koko ajan.

Suojautuminen ja suojaimien käyttö on keskusteluttanut voimakkaasti koko covid-19-epidemian ajan sekä valtakunnallisesti että myös sisäisesti HUSissa. Covid-19-potilaiden hoito lisäsi suojaimien käyttöä moninkertaisesti normaalitilanteeseen verrattuna. Vaikka HUSilla oli lainmukaiset valmiusvarastot, ne todettiin heti epidemian alkuvaiheessa riittämättömiksi. Saman aikaisesti suojaimien globaali markkina oli täysin sekaisin, ja suojaimien hankkiminen varsinkin luotettavista ja aikaisemmin tunnetuista lähteistä oli erittäin vaikeaa, joidenkin suojainten osalta lähes mahdotonta. Tästä syystä suojaimien käyttöä jouduttiin varsinkin epidemian alkuvaiheessa ohjeistamaan hyvin tiukasti periaatteella ”oikea suojain, oikein käytettynä, oikeassa paikassa”. Erityisesti infektio lääkärit ja -hoitajat arvioivat jatkuvasti eri tilanteissa vaadittavan suojautumisen tasoa, ja ohjeistusta jouduttiin varsinkin alkuvaiheessa muokkaamaan melko useasti muuttuvien tilanteiden perusteella. Myös ohjeiden vastaiseen suojainten käyttöön jouduttiin ajoittain puuttumaan.

Ensimmäiset covid-19-testit saatiin käyttöön vuoden 2020 alkupuolella, mutta varsinkin alkuvaiheessa käytettävissä olevien testien määrä oli hyvin rajallinen johtuen sekä tarvittavien laitteiden että reagenssien puutteesta. Tästä syystä viruksen testaamista jouduttiin alkuvaiheessa kohdentamaan voimakkaasti. Testauskapasiteettia on epidemian aikana kasvatettu voimakkaasti.

Eettistä pohdintaa

Covid-19-epidemian hoidossa on monta eettisesti kiinnostavaa näkökulmaa. Esimerkiksi:

- potilaiden tasapuolinen kohtelu (hoidon porrastus ja oikeus tehohoitoon, covid-19-potilaiden hoito vs. muiden potilaiden hoito, potilaan oikeus hoitotakuuseen poikkeustilanteessa)

- henkilöstön tasapuolinen kohtelu (työnantajan oikeus määrätä henkilöstöä toisiin tehtäviin)
- suojautuminen (henkilöstön oikeus riittävään suojautumiseen vs. potilaan oikeus hoitoon, tiettyihin hoitoihin ja niiden antamiseen liittyvät erityiskysymykset)
- hoidon kustannukset (mitä covid-19-epidemian hoito "saa" maksaa, mistä siihen käytetyt resurssit ovat pois).

Covid-19-taudille tyypillistä on, että osa potilaista sairastuu vakavaan keuhkoinfektioon ja on tämän vuoksi tehohoidon tarpeessa. Suomessa tehohoidon käytännön toteutusta ja eettisiä periaatteita on määritelty jo pitkään: tehohoitoa annetaan ainoastaan potilaille, jotka voivat siitä potentiaalisesti hyötyä. Jos kahden hoitoa tarvitsevan potilaan hoitamiseksi on käytössä ainoastaan yksi tehohoitopaikka, tehohoitoa annetaan sille potilaalle, joka todennäköisesti hyötyisi siitä enemmän. Tästä periaatteesta ei nähty tarvetta poiketa myöskään covid-19-epidemian hoidossa.

Jälkikäteen arvioituna hoidon porrastus onnistui Uudenmaan alueella varsin hyvin. Covid-19-taudin luonteeseen kuuluu, että se on keskimäärin sitä vakavampi, mitä ikääntyneemmästä potilaasta on kyse. Myös Uudenmaan alueella suurin osa potilaista hoidettiin, ja suurin osa kuolemantapauksista oli iäkkäämmissä potilasryhmissä, joita hoidettiin terveyskeskussairaaloissa, erityisesti Helsingin kaupungin sairaalassa. Hoivakoteja pyrittiin suojaamaan epidemian alusta alkaen, mutta tästä huolimatta Uudenmaan alueella oli useita kymmeniä hoivakotiepidemioita. Sairastuneet hoivakotien asukkaat pyrittiin hoitamaan mahdollisimman pitkälle omassa hoivakodissaan, jottei heitä tarvitsisi turhaan siirtää yksiköstä toiseen. Saatujen tietojen mukaan esimerkiksi terveyskeskussairaaloihin siirretyistä hoivakotien asukkaista vain yksittäisiä parani siten, että he kykenivät palaamaan takaisin hoivakotiin. Tätä taustaa vasten tämä vaikuttaisi olleen oikea linjaus. Samoin tehohoidon osalta potilasvalinta vaikutti jälkikäteen arvioituna tapahtuneen normaalien Suomessa käytössä olevien kriteerien ja käytäntöjen pohjalta ja onnistuneen oikealla tavalla. Tämä myös mahdollisti sen, että kevään epidemian aikana tehohoitokapasiteetti saatiin riittämään. Yhtään potilasta ei tarvinnut jättää ottamatta tehohoitoon sen vuoksi, ettei hänelle olisi ollut tarjolla hoitopaikkaa. Tämä siitä huolimatta, että osa tehohoitopakkeista oli hyvin pitkiä ja siten resursseja sitovia. Kokonaisuutena voidaan arvioida, että Suomessa käytössä oleva hoidon porrastus on eettisesti kestäväällä pohjalla myös covid-19-epidemian kaltaisessa tilanteessa.

HUSissa merkittävä osa henkilöstöstä määrättiin heille aikaisemmin tuntemattomiin uusiin ja monella tavalla haasteellisiin tehtäviin, kun samalla osa henkilöstöstä selvisi jopa normaalia helpommalla muiden hoidossa olevien potilaiden määrän vähentyessä. HUSissa tehtiinkin suunnitelmat sen varalle, että jos tilanne edelleen pitkittyy, olisi mahdollisuus myös henkilöstön kierrättämiseen. Lisäksi henkilöstön henkisen tuen palveluja kehitettiin. Tästä huolimatta henkilöstön täysin tasapuolinen kohtelu tällaisessa tilanteessa on hyvin vaikeaa, jopa mahdotonta. Koronatilanteen eskaloituttua henkilökunta joka tapauksessa osoitti vahvaa ammattitaitoa ja ketteryyttä siirtyä työskentelemään koronaviruspotilaiden hoitoon.

Ilman osaavaa ja sitoutunutta henkilöstöä tilanteesta ei olisi selvitty.

Suojautuminen on koko covid-19-epidemian ajan herättänyt runsaasti keskustelua. Tähän liittyy keskeisiä kysymyksiä myös eettisestä näkökulmasta. Mikä on esimerkiksi potilaan oikeus hoitoon silloin, jos suojainpulan vuoksi työnantaja ei voi varmistua henkilökunnan riittävästä suojautumisesta vaarallisen viruksen hoidossa? Tai vastavasti henkilökunnan velvollisuus hoitaa tällöin potilasta? HUSin näkökulmasta ensisijainen tavoite tässä koko epidemian ajan on ollut suojata omaa henkilöstöä. Tähän liittyy keskeisesti se periaate, ettei ketään voida velvoittaa vahingoittamaan itseään toista hoitaessaan. Toisaalta kyse on tämän lisäksi myös siitä, että sairastunut hoitohenkilökunta on pois hoitamasta hoitoa tarvitsevia potilaita. Tähän perustuu myös se, miksi hoitohenkilökunta on tällaisissa tilanteissa etusijalla, kun mahdollista rokotetta aletaan jaella. Omia erityiskysymyksiään tähän liittyen ovat hoitomuodot, joita annettaessa henkilöstön sairastumisriskin on arvioitu olevan erityisen korkea. Tällaisia ovat esimerkiksi hammastoimenpiteet ja kajoamattomat hengityksen tukihoidot (non-invasiivinen ventilaatio, ns. painemaskihoito), joissa tutkimustulosten perusteella tapahtuu erittäin voimakasta aerosolin muodostusta. Siten ne saattavat tällaista hoitoa antavan henkilöstön erityiseen vaaraan, jos potilas on covid-19-positiivinen eikä henkilökunta ole riittävästi suojautunut.

Oma erityiskysymyksensä, jota ei voida arvioida vain terveydenhuollon näkökulmasta, on hoidon kustannus. Eli mitä covid-19-epidemian hoito saa maksaa? Testauksen, suojautumisen ja muun ehkäisyyn, hoidon ja siihen varautumisen sekä yhteiskunnallisten rajoittamistoimenpiteiden kustannukset ovat jo nyt kasvaneet ennennäkemättömän korkeiksi. Samalla tavoitteena on ollut yhteiskunnan toiminnan pitäminen mahdolli-

simman normaalina, millä silläkin on merkittäviä sekä taloudellisia että inhimillisiä vaikutuksia. On erittäin tärkeä pyrkiä arvioimaan jälkikäteen, mikä näiden toimenpiteiden hyöty oli sekä taudin leviämisen ehkäisyyn ja hoidon että yhteiskunnan kantokyvyn kannalta. Covid-19 on vakava sairaus, jolla on oma inhimillinen ja taloudellinen hintansa, mutta niin on myös erilaisilla rajoitustoimenpiteillä ja hoitoon käytetyillä kustannuksilla myös vaihtoehtoiskustannukset huomioiden.

Voiko koronapandemiaakaan torjua hinnalla millä hyvänsä?

Mika Salminen,

valmiusjohtaja, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kiinasta tammikuussa alkunsa saanut uuden koronaviruksen aiheuttanut pandemia on koetellut terveysjärjestelmiä, asiantuntijoita, päättäjiä, yhteiskuntia ja jokaista kansalaisista modernina aikana ennennäkemättömällä tavalla. Ei aids, ei ebola, ei H1N1-influenssa A (sikainfluenssa) eikä edes mikrobilääkeresistenssi ole saanut maailmaa polvilleen kuten covid-19. Tauti on tähän mennessä aiheuttanut 37 miljoona tilastoitua tapausta ja noin miljoona kuollutta (WHO, 11.10.2020). Pandemian välillisiä vaikutuksia ei tiedä vielä kukaan, mutta ne ovat tähtitieteellisiä.

Suomeen epidemia saapui voimallisena maaliskuussa johtaen poikkeustilaan ja valmiuslain valtuuksien käyttöönottoon sekä monien yhteiskunnan normaalia toimintaa raskaasti rajoittavien toimien käyttöönottamiseen. Näin toimittiin – ensimmäistä kertaa tautiepidemian takia historiassamme –, koska covid-19-tauti näytti aiheuttavan muun muassa Italiassa vakavan terveyskriisin, jossa terveydenhuolto ylikuormittui ja kuolleisuus näytti nousevan huiman korkealle. Käyttöön otetuilla toimilla oli huomattavia haittoja, mutta koska vaihtoehtoja ei juuri ollut eikä taudin käyttäytymisestä tai vaikutuksista ollut riittävästi tietoa, niiden käyttäminen oli varmasti perusteltua. Perustuslakimme asettaa ihmisten hengen ja terveyden suojelun erittäin korkeaan asemaan valtion velvollisuuksien joukossa.

Toimet olivatkin tehokkaita: kesäkuun puoliväliin mennessä epidemian ensimmäinen aalto oli ohitse ja heinäkuussakin tilanne oli hyvin rauhallinen, vaikka tapauksia yhä jonkin verran esiintyi. Näin ollen poikkeustila päättyi ja valmiuslain voimassaolo samoin. Lähes kaikista rajoitustoimistakin luovuttiin, ja elämä palasi pääosin normaaleihin uomiinsa Suomessa. Lähes kaikissa EU-maissa nähtiin myös kesäkuukausien aikana huomattava epidemian rauhoittuminen. Tämä suotuisa epidemiatilanne ei kuitenkaan

jäänyt pysyväksi, ja jälkikäteen arvioiden kesän vaikutus oli todennäköisesti tapausten vähentymiselle huomattava.

Syksyllä ja talvella hengitystieinfektiot leviävät – se on ilmiö, jota on vaikea vastustaa ja joka toistuu vuosittain hieman eri voimakkuudella ja ajankohtana. Herkempi leviäminen liittyy sekä ympäristöolosuhteisiin, kuten kylmempään ja kuivempaan ilmaan, sekä auringonvalon vähäisyyteen mutta myös siihen, että talvella ollaan enemmän sisätiloissa ja asutuskeskuksissa sekä työpaikoilla on kesää enemmän ruuhkaa.

Pitkäaikaiset tilastot, kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautirekisteri, osoittavat, kuinka virusten aiheuttamat hengitystieinfektiot Suomessa syksyn ja talven aikana ottavat vauhtia ja kiertävät väestössä nuhakuumetta eli arkikielessä ”flunssaa” aiheuttaen. Kesällä näitä tauteja esiintyy hyvin vähän.

THL seuraa erityisen tarkasti influenssa A:n ja B:n jokavuotista taivalta Suomessa. Tavallisia ”flunssan” syksyisiä ja talvisia aiheuttajia ovat muun muassa rinovirukset, RS-virus, parainfluenssavirus, adenovirukset, enterovirukset ja tavalliset koronavirukset. Jokaisesta edellä mainitusta on monia versioita, ja esimerkiksi rinoviruksista tunnetaan satoja erilaisia muunnoksia.

Uusi, globaalin covid-19-pandemian aiheuttanut SARS-COV-2-koronavirus on perusbiologialtaan samanlainen hengitystieinfektioita aiheuttava virus kuin edellä mainitut ”flunssavirukset”, eikä ole syytä uskoa sen käyttäytyvän eri tavalla. Jo kevään epidemian aikana voitiin melko suurella varmuudella ennustaa, että kesällä tilanne todennäköisesti jonkin verran rauhoittuu mutta syksyllä epidemia todennäköisesti taas nostaa päätään. Näin on Euroopan laajuisesti käynyt, ja syys–lokakuun aikana tapausmäärät ovat myös Suomessa selkeästi lisääntyneet (ECDC:n ja THL:n tilastot ja raportit).

Jos epidemia kiihtyy hallitsemattomaksi riskiryhmien, erityisesti toimintakyvyltään heikentyneiden ikäihmisten suojaaminen käy vaikeaksi ja suuret tapausmäärät tuovat esiin myös nuorempien ihmisten harvinaisempia mutta kuitenkin vakavia sairastumistapauksia, jotka lyhyelle ajalle kerääntyneinä voivat aiheuttamansa kärsimyksen lisäksi ylikuormittaa terveydenhuoltoa. On tärkeää yrittää estää tällaisen tilanteen syntyminen. Mutta pitääkö tai voidaanko se tehdä aivan millä hinnalla hyvänsä?

Asiaan liittyy monia eettisiä haasteita, erityisesti tilanteen pitkittyessä. Onko se, mikä keväällä tehtiin, nykytilanteessa hyväksyttävää? Odotusarvona on, että tilanne voi kestää maaliskuuhun asti eli vielä puoli vuotta. Yhteiskunnan yhtä tiukka sulkeminen kuin keväällä aiheuttaisi aivan varmasti pitkäaikaisia tai pysyviä haittoja paitsi taloudelle myös terveydelle ja hyvinvoinnille. Rokotteenkaan saapuminen ei palauttaisi yhteiskuntaa nopeasti entiselleen.

Voidaanko esimerkiksi ikäihmisiltä vaatia omaiskontaktista luopumista taas kuukausiksi elämänsä loppuvaiheessa? Voidaanko nuorilta vaatia opiskelun ja sosiaalisen elämän asettamista lähes kokonaan jäähyille puoleksi vuodeksi? Voidaanko samoilta nuorilta (joiden riski sairastua vakavasti on huomattavan pieni) edellyttää koronapandemian laskun maksamista tulevaisuudessa paitsi aivan konkreettisesti myös lisääntyneen työttömyyden tai syrjäytymisen riskin kautta? Voidaanko joidenkin alojen työntekijöiden, kuten matkailun ja ravintola-alan, sekä esiintyvien taiteilijoiden koko tulevaisuus asettaa vaakalaudalle? Voidaanko terveydenhuollon niin sanottuja ei-kiireellisiä hoitoja siirtää edelleenkin tulevaisuuteen? Voidaanko eri maissa asuvia läheisiä yhä pitää erillään?

Edellä mainitut kääntyvät siihen perimmäiseen kysymykseen, ovatko tämä tauti ja sen vaikutukset yhä niin hirveitä ja kykymme ennaltaehkäisyyn ja hoitoon terveydenhuollossa niin heikko, että sen leviäminen on täysin estettävä, hinnalla millä hyvänsä. Vaikka tauti yhä on kieltämättä osalle sairastuneista vakava, sen väestötason vaikutus ei ole samanlainen kuin keväällä pelättiin.

Kevättalvella olimme uuden, yllättävän ja pitkälti tuntemattoman edessä, jolloin varovaisuusperiaatteen noudattaminen ehdottomasti oli paikallaan. Nyt tilanne on kuitenkin toinen: olemme oppineet sekä taudista että sen hoidosta ja torjunnasta paljon uutta. Väestötason sairastavuus- ja kuolleisuusarviot ovat kevästä laskeneet huomattavasti, vaikka eivät missään nimessä mitättömiä olekaan. Emme voi myöskään väittää, että syksyn tulo ja sen vaikutus hengitystieinfektioihin olisi yllätys. Yhteiskunnan täys-sulku ei siksi voine olla ratkaisumme epidemian hoitamiseen, vaan jotenkin sen kanssa on voitava elää, toki yhä tautia jatkuvasti estäen.

Syksyn ja talven aikana on siksi käytettävä kaikkia niitä uusia keinoja, joita työkalupakkiin on kerääntynyt, mutta samalla muistaa vanhat ja hyvät. Tämä on myös kansallisen hybridistrategian tavoite. Viruksen leviämisen estämiseen voi jokainen osallistua panoksellaan:

ei oireisena liikenteeseen, työhön tai harrastuksiin vaan nopeasti koronatestiin, pysytään karanteenissa, jos on altistuttu, huolehditaan käsihygieniasta ja pidetään turvavälit. Vältetään tungostilanteita, kun se on mahdollista, ja noudatetaan maskisuosituksia parhaamme mukaan. Otetaan Koronavilkku-sovellus käyttöön, jos se vain itselle on mahdollista.

Myös yksityis- ja perhetilaisuuksissa samaan aikaan kokoontuvien joukkoa olisi hyvä rajoittaa esimerkiksi porrastamalla vieraiden tulo- ja lähtöaikoja ja kutsumalla vaikkapa isovanhemmat tai muut ikäihmiset käymään eri aikaan kuin nuorempi väki.

Jos ihmisten kanssakäymistä on viranomaistoimin kuitenkin tarpeen rajoittaa, paikalliset viranomaiset ja heidän nopea reagointinsa ovat avainasemassa sen suhteen, että alkavat epidemiat saadaan pysähtymään ja väestöleviäminen estettyä. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä ja monessa isommassa kuntakeskuksessa onkin koottu alueellinen koronakoordinaatioryhmä, joka aluehallintoviranomaisten kanssa seuraa oman alueensa tilannetta ja on valmis reagoimaan silloin, kun reagoida pitää. Lisäksi THL tukee paikallisviranomaisia tarvittaessa. Tästä on jo onnistuneita esimerkkejä usealta paikkakunnalta Suomessa. Parhaassa tapauksessa saamme työkalupakkiin myös rokotteen ensi vuoden aikana. Siihen on kuitenkin aikaa, eikä onnistumisesta vieläkään ole varmuutta tai takeita, vaikka toistaiseksi näyttää hyvältä.

Syksyn ja talven aikana on varmasti edessä monia tilanteita, joissa epidemian paheneminen on mahdollista. Me voimme kuitenkin jokainen olla itse mukana vaikuttamassa siihen, että näin ei kävisi, toimimalla vastuullisesti ja viranomaisten suosituksia parhaamme mukaan noudattaen. Meidän tulee silti voida elää, ja koronaepidemiasta tullaan varmasti selviämään, vaikka välillä voi olla vaikeampiakin hetkiä.

Lähteet:

Maailman terveysjärjestö WHO – Coronavirus Disease Dashboard. (luvut per 10.11.2020) 

ECDC 

THL 

Saako terveydenhuolto (covid-19) maksaa mitä tahansa

Kati Myllymäki,
toiminnanjohtaja, Suomen Lääkäriliitto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan vuonna 2018 Suomen terveydenhuollon menot olivat 21,1 miljardia euroa. Edelliseen vuoteen verrattuna terveydenhuollon menot kasvoivat reaalisesti 1,2 prosenttia. Asukasta kohden menot olivat 3 829 euroa. Kasvua oli etenkin erikoissairaanhoidon (3,4 %) sekä avohoidon reseptilääkkeiden menoissa (8,6 %). Vuonna 2018 terveydenhuollon menojen suhde bruttokansantuotteeseen oli 9,0 prosenttia.

Erikoissairaanhoidon osuus oli 7,7 miljardia euroa ja koko perusterveydenhuollon osuus 3,3 miljardia euroa (ml. perusterveydenhuollon avohoito, vuodeosastohoito, suun terveydenhuolto, työterveyshuolto ja opiskeluterveydenhuolto sekä kuntien ja kuntayhtymien ostopalvelut yksityisiltä).

Lääkkeiden ja muiden lääkinnällisten kulutustavaroiden menot (2,6 miljardia euroa) nousivat reaalisesti 7,4 prosenttia.

Vuonna 2018 terveydenhuollon menojen julkisen rahoituksen osuus oli 75,8 prosenttia ja yksityisen rahoituksen osuus 24,2 prosenttia. Kotitalouksien oma kustannusvastuu on pohjoismaiden korkein.

Vuonna 2018 meillä ei ollut vielä covid-19-pandemiaa. Valtioneuvosto on varannut tälle ja ensi vuodelle yhteensä noin neljä miljardia euroa koronan aiheuttamiin kustannuksiin. Osana tätä kokonaisuutta koronatestaukseen varataan 1,4 miljardia euroa vuoden 2021 talousarvioesitykseen ja 355 miljoonaa vuoden 2020 syksyn lisätalousarvioesitykseen. Vuoden 2021 kustannusarvioiden tarkentuessa määrärahaa tarkistetaan tarpeen mukaisesti. Koskaan aiemmin ei ole yhden sairauden testaukseen käytetty tällaista rahasummaa.

Sen lisäksi tulevat vielä hoitovelan kustannukset noin 450 miljoonaa euroa kolmelle vuodelle, kun ryhdytään purkamaan epidemiasta seuranneita muiden sairauksien hoitonoja. Ja tässä vaiheessa ei ole vielä tietoa rokotteesta ja sen hinnasta.

Lääketieteen etiikkaa saatetaan pitää idealismina. Että kuvitellaan ja toivotaan, että kaikki olemassa oleva lääketieteellinen teknologia, tutkimukset ja hoidot, voidaan ottaa käyttöön ja niihin voidaan rahaa irrottaa jostakin muualta. Tai haaveillaan siitä, että terveydenhuollon kustannukset voivat vuodesta toiseen nousta enemmän kuin bruttokansantuote. Raja tulee väistämättä vastaan. Ja silloin jos koskaan tarvitaan eettistä harkintaa ja julkista keskustelua oikeudenmukaisuudesta ja tasa-arvosta. Juhlapuheilla ja julkilausumilla on oma paikkansa, mutta terveydenhuollon valinnat edellyttävät laajaa ja syvällistä koko yhteiskuntaa koskevaa pohdintaa. Terveysteen ja hyvinvointiin vaikuttavat elinympäristö, koulutus, työllisyys, elintavat, kulttuuri, liikunta ja sitten osaltaan terveydenhuolto. Valintoja on välttämätöntä tehdä yhteiskunnan eri sektoreiden välillä samoin kuin terveydenhuollon sisällä.

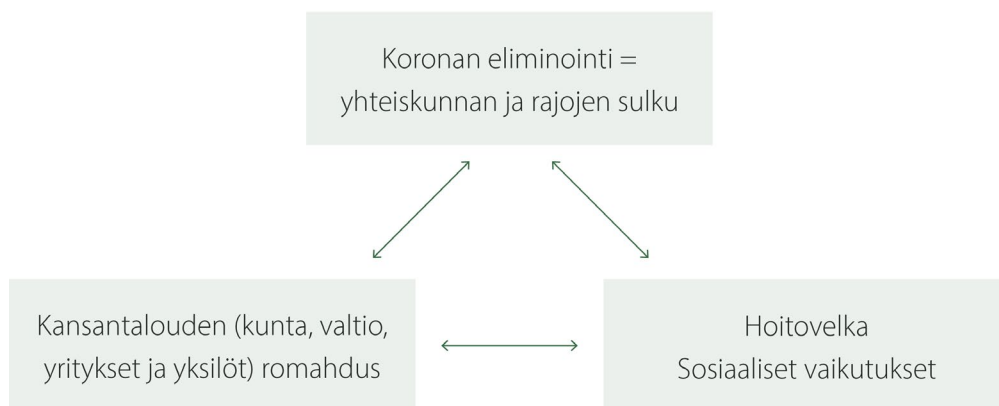
Professori emeritus Martti Kekomäki on todennut: ”Joka ainoaan hoitopäätökseen liittyy kolme tekijää: Evidenssi eli näyttöön perustuva tieto, etiikka sekä ekonomia. Ellei potilaalla ole ennalta arvioiden kykyä hyötyä hoidosta, hoidon toteuttaminen on voimavarojen tuhlausta.” Tätä toteutetaan esimerkiksi teho-osastojen arkityössä, ja se näkyi covid-19-potilaiden hoidossa. Raskaaseen ja potilasta kuormittavaan tehohoitoon ja hengityskoneeseen ei oteta potilasta, jonka ennuste on toivoton eli paranemisen/toipumisen mahdollisuutta ei ole.

Koronan kustannuksia on hyvä suhteuttaa muihin julkisiin menoihin. Ilmavoimien hävittäjähankinnat arvioidaan kymmeneksi miljardiksi euroksi. Koronan kustannukset ovat suuremmat kuin yhden vuoden lääkekustannukset tai yhden vuoden perusterveydenhuollon kustannukset. Ja tässä noin neljän miljardin euron valtion talousarvioon sisältyvässä koronasummassa ei ole vielä laisinkaan huomioitu sitä, mitä yhteiskunnan sulkeminen, yritysten tappiot, mahdolliset konkurssit, lomautukset, työttömyys ja bruttokansantuotteen lasku tarkoittavat – tulevaisuuden valtionvelan hoitokustannuksista puhumattakaan.

Joudumme väistämättä priorisoimaan, tekemään valintoja. Nyt on valittu koronaepidemian hallinta ja hillintä. Kukapa vielä tietää, onko tämä valinta viisas ja kaiken re-

surssin arvoinen – varsinkin jos koronavirus kuitenkin jää globaaliksi pysyväksi riesaksi. Yritysten ja yhteiskunnan sakkaaminen aiheuttaa suuria ikävyyksiä myös yksilöille. Työttömyys, taloudelliset ongelmat, mielenterveysongelmat, päihteiden lisääntyvä käyttö, syrjäytyminen – todella vaikea negatiivinen kierre, joka on nähty aiempien lamakausien seurauksena. Näiden hintalappu on vaikeasti arvioitavissa, mutta se on varmasti suuri.

Valintojen tasapaino



Priorisointia tehdään terveydenhuollossa joka päivä: valitaan lääke, tehdään lähete, arvioidaan hoidon kiireellisyyttä jne. Myös kunnan, kuntayhtymän ja valtion talousarviopäätökset ovat priorisointia, resurssien ohjaamista. Ihan kaikkeen hyödylliseen ja tarpeelliseen ei raha riitä. Turhan medikalisaation kitkeminen vähentäisi priorisoinnin tarvetta. Ei turhia tutkimuksia eikä vaikuttamattomia toimenpiteitä. Liikunta ja elämäntapamuutokset ovat monelle meistä hyviä vaihtoehtoja lääkehoidolle. Humpuukihoitoihin ei pidä julkista rahaa laittaa eikä markkinoinnin pitää antaa ohjata hoitovalintoja. Viisaalla ja tolkullisella toiminnalla voidaan välttää liian kova priorisointi, jossa vaikuttaakin hoitoa jouduttaisiin rajaamaan.

Vielä yksi näkökulma hoitovalintojen arvoihin ja arvostukseen. Professori Helena Kärräinen pohti alkuvuodesta harvinaissairauksien seminaarissa seuraavaa: "Miksi eurot ovat erilaisia, kun puhutaan lääkkeiden kustannuksista tai perheen psykososiaalisesta tukemisesta?"

Ensimmäiseen löytyy rahaa mutta jälkimmäiseen ei, vaikka se voisi tuoda enemmän laatua perheiden elämään." Samaa olen miettinyt, kun olen yrittänyt löytää apua nuo-

relle aikuiselle, jolla elämänhallinta on hukassa ja ahdistus on vienyt opiskelu- ja työkyvyn. Johonkin yksittäiseen sairauteen yhdelle potilaalle löytyy se 300 000 euroa vuoden hoitoon, mutta kymppitonnin löytäminen psykoterapiaan on lähes mahdotonta, vaikka se voisi pelastaa potilaan työkyvyn ja tulevaisuuden.

Lopuksi:

Maksammeko koronasta liikaa? En tiedä. Eikä kukaan voine olla varma.

Lähteet:

THL 

Kekomäki: Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin, Duodecim 2019.

Tehohoidon eettiset ohjeet 

Liite 1

ETENEn kokoonpano 1.10.2018-30.9.2022

Puheenjohtaja Jaana Hallamaa, sosiaalietiikan professori, Helsingin yliopisto
Varapuheenjohtaja Lauri Kuosmanen, hoitotieteen professori, Itä-Suomen yliopisto
Pääsihteeri Maija Miettinen, sosiaali- ja terveysministeriö
Hallinnollinen avustaja Emmi Alatalo, sosiaali- ja terveysministeriö

Palvelun käyttäjät

Jukka Sariola, hallituksen puheenjohtaja, Hengityslaittepotilaat ry,
Henkilökohtainen varajäsen Sari Loijas, liittohallituksen puheenjohtaja,
Näkövammaisten liitto ry
Annika Rentola, toimittaja, Huvudstadsbladet
Henkilökohtainen varajäsen Mikael Söderström, puheenjohtaja,
Koulutetut kokemusasiantuntijat ry

Palvelun järjestäjät ja tuottajat

Ilona Autti-Rämö, erityisasiantuntija, sosiaali- ja terveysministeriö
Henkilökohtainen varajäsen Juha Viitala, ylilääkäri, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri
Olli Huuskonen, johtajaylilääkäri, Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä
Henkilökohtainen varajäsen, Teppo Heikkilä, hallintoylilääkäri, HUS

Terveydenhuollon ammattihenkilöt

Kati Myllymäki, toiminnanjohtaja, Suomen Lääkäriliitto,
Henkilökohtainen varajäsen Jyrki Korkeila, psykiatrian professori, Turun yliopisto
Jukka Moilanen, ylilääkäri, Perinnöllisyyslääketieteen klinikka, Oulun yliopistollinen sairaala
Henkilökohtainen varajäsen, Juho Lehto, ylilääkäri, kliininen opettaja,
Tampereen yliopistollinen sairaala, Tampereen yliopisto
Ulla Hautanen, hammaslääkäri, Helsinki
Henkilökohtainen varajäsen, Vera Gergov, ammattiasioista vastaava psykologi,
Suomen psykologiliitto ry

Sosiaalihuollon ammattihenkilöt

Maija Uramo, erityisasiantuntija, Vantaan kaupunki

Henkilökohtainen varajäsen Sonja Sulkakoski, johtava sosiaalityöntekijä, Vaasan kaupunki

Päivi Topo, johtaja, Ikäinstituutti

Henkilökohtainen varajäsen Sakari Kainulainen, asiantuntija, tutkija,

Diakonia- ammattikorkeakoulu

Oikeustiede

Liisa Nieminen, yliopistonlehtori, Helsingin yliopisto

Henkilökohtainen varajäsen Pekka Päivänsalo, käräjätuomari, Helsingin käräjäoikeus

Kirsi Ruuhonen, neuvotteleva virkamies, Sosiaali- ja terveysministeriö

Henkilökohtainen varajäsen Jaska Siikavirta, johtaja, Sosiaali- ja terveysministeriö

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus

Anna-Maija Pietilä, hoitotieteen professori, Itä-Suomen yliopisto

Henkilökohtainen varajäsen Ilmo Keskimäki, tutkimusprofessori,

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Yhteiskuntaa koskeva eettinen tutkimus

Matti Häyry, professori, johtamisen filosofia, Aalto yliopisto

Henkilökohtainen varajäsen Virpi Sipola, sielunhoidon johtava asiantuntija, Kirkkohallitus

Marko Ahteensuu, tutkimusetiikan yliopistonlehtori, Tampereen yliopisto

Henkilökohtainen varajäsen Tuula Wahlman-Calderara, hammaslääkäri,

teologian kandidaatti, Helsinki

Kansanedustajajäsenet

Kim Berg, kansanedustaja, Suomen Sosialidemokraattinen Puolue r.p.

Henkilökohtainen varajäsen Heidi Viljanen, kansanedustaja,

Suomen Sosialidemokraattinen Puolue r.p.

Arja Juvonen, kansanedustaja, Perussuomalaiset r.p.

Henkilökohtainen varajäsen Minna Reijonen, kansanedustaja, Perussuomalaiset r.p.

Sanni Grahn-Laasonen, kansanedustaja, Kansallinen Kokoomus r.p.

Henkilökohtainen varajäsen Terhi Koulumies, kansanedustaja, Kansallinen Kokoomus r.p.

Pekka Aittakumpu, kansanedustaja, Suomen Keskusta r.p.

Henkilökohtainen varajäsen Hanna-Leena Mattila, kansanedustaja, Suomen Keskusta r.p.



Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan
eettinen neuvottelukunta ETENE

Sosiaali- ja terveysministeriö
Meritullinkatu 8, Helsinki

PL 33, 00023 Valtioneuvosto
Sähköposti etene@stm.fi
Internet www.etene.fi

ISSN-L 1458-6193 ISSN 1797-9889 (verkkójulkaisu)
ISBN 978-952-00-6889-9 (PDF)