

Aikamoisia arvoja

Pohdintoja hoitamisen etiikasta

Sisällys

Alkusanat	3
Veikko Launis: Etiikka(a) voi parantaa	5
Mari Kangasniemi: Miten hoidan: kaikille samaa vai jokaiselle yksilöllistä?	10
Kaija Suonsivu: Työhyvinvointi – hyvän hoidon tae	15
Helena Itkonen: Media, terveydenhuolto ja etiikka	21
Kalle Könkkölä: Vammainen terveydenhuollon asiakkaana	28
Flora Notash: Iranista Suomeen	32
Tehyn eettinen toimikunta: Varautumisen hinta	34
Tehyn eettinen toimikunta: Hoidon turvallisuuden kahdet kasvot	36
Tehyn eettinen toimikunta: Tunne uskomushoidot	40
Mari Kangasniemi: Taltuta kiire	45

Aikamoisia arvoja

Pohdintoja hoitamisen etiikasta

Tehy ry



Kirjoittajat

Tehyn eettinen toimikunta 2005–2008

Veikko Launis, toimikunnan puheenjohtaja, etiikan professori, FT, Turun yliopisto
Taina Keituri, toimikunnan sihteeri, osastonhoitaja, erikoissairaanhoitaja, TtM, Jorvin sairaala

Mari Kangasniemi, lehtori (vs.), TtT, Oulun yliopisto

Helena Leppänen, työsuojeluvaltuutettu, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Ilkka Pernu, ylihoitaja, SHJ, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Karla Pesonen-Wikman, fysioterapeutti, SHO, Lapsenasema Helsinki

Leena Puotila, osastonhoitaja, erikoissairaanhoitaja, Kokemäki

Kaija Suonsivu, kehittämispäällikkö, HT, Tampere

Tarja Honkalampi, kehittämissyksikön johtaja, TtM, Tehy ry

Lisäksi artikkelikokoelman kirjoittamiseen osallistuivat toimittaja Helena Itkonen Ylestä,
toiminnanjohtaja Kalle Könkkölä Kynnys ry:stä ja
röntgenhoitaja Flora Notash Turun yliopistollisesta keskussairaalaista.



Tehyn julkaisusarja F: 1/2009

Tehy ry

ISBN 978-951-9172-65-1

Painopaikka: Multiprint Oy, Helsinki 2009

Alkusanat

Terveysthuollon ammattihenkilöiden työtä ohjaavat tutut eettiset lähtökohdat ja periaatteet: oikeus hyvään hoitoon, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonanto.

Nämä periaatteet ohjaavat toimintaa sekä yksittäisen potilaan hoidossa että palvelujärjestelmien kehittämisessä. Pyrkimys uuden tiedon ja parempien hoitomenetelmien soveltamiseen hyvän hoidon takaamiseksi on terveydenhuollon arkipäivää. Rajalliset voimavarat halutaan hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla ja varmistaa yhtäläisessä hoidon tarpeessa oleville yhtäläiset mahdollisuudet saada tarvitsemansa hoito.

Hoitotakuulainsäädännön myötä on alettu seurata hoitoon pääsyä sekä eri potilasryhmien kannalta että alueellisesti. Tämä on eettisesti tärkeä kysymys, koska prioriteettien asettaminen määrittää hoidon saatavuutta. Hoidon saatavuuteen vaikuttavat myös asioiden käsittely julkisuudessa, hoitomuotojen markkinointi sekä potilaan oma kyky vaatia hoitoa.

Viime vuosina on keskusteltu siitä, etteivät ihmiset tiedä mistä hoitoa saa, koska palvelujärjestelmä on niin monimutkainen. Yhteiskunnassa tulee kiinnittää erityistä huomiota potilaisiin, jotka eivät osaa hakeutua hoitoon tai ilmaista hoidon tarvettaan selkeästi.

Terveysthuollon ammattihenkilöt kohtaavat eettisiä asioita päivittäisessä työssään, ja esimerkiksi monikulttuurisuuteen liittyvät asiat keskusteluttavat yhä enemmän. Totuttuja toimintatapoja joudutaan arvioimaan myös eettiseltä kannalta. Eettisten asioiden käsittely työyhteisössä on osa keskinäistä arvonantoa ja parantaa työhyvinvointia.

Tällä julkaisulla Tehyn eettinen toimikunta haluaa tuoda näkökulmia yleiseen keskusteluun sekä rohkaista ammattihenkilöitä ja opiskelijoita tuomaan esille omia ajatuksiaan etiikasta ja työstä.

Eettinen toimikunta aloitti työnsä vuoden 2005 lopulla. Kokoontulo oli moniammatillinen: Jäsenet toimivat sekä perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, ammattiliitossa ja muissa luottamustehtävissä. Kokemusta oli käytännön työstä, hallinnosta ja johtamisesta, yliopisto-opetuksesta ja tieteen tekemisestä.

Tehyn hallitus määrittä toimikunnan tehtäviksi toimikaudelle 2005–2008 seuraavat asiat:

- Arkieettisten kysymysten käsittely
- Eettisten teemojen, keskusteluaiheiden, kannanottojen valmistelu
- Eettisten kysymysten esillä pitäminen Tehyn toiminnassa
- Osallistuminen yhteiskunnalliseen keskusteluun esimerkiksi seminaarein, erilaisin tilaisuuksin ja julkisuuden kautta
- Yksittäisten jäsenten kysymysten käsittely
- Hoidon saatavuuteen liittyvät asiat

Toimikunnan tavoite oli nostaa keskusteluun tehyläisille tärkeitä eettisiä kysymyksiä. Se pyrki käsittelemään eettisiä kysymyksiä etiikan olemuksen mukaisesti – toisin sanoen antamaan eväitä keskusteluihin, joita käydään työyhteisöissä.

Yksittäisiin kysymyksiin ei muotoiltu ratkaisuja, vaan toimikunta kiinnitti huomiota asioihin, jotka mietityttävät jäsenkuntaa laajemmin. Toimikauden teemaksi valittiin ”Sinä ja minä työpäivällä”. Sillä korostettiin yhteistyön ja keskinäisen avun- ja arvonnannon merkitystä sekä sitä, että jokaisen ammattinimikkeen takana on inhimillinen ja ainutkertainen ihminen. Tärkeäksi toimintatavaksi muodostui Tehy-lehden lukijoiden kirjoitusten kerääminen ja niistä keskusteleminen.

Toimikunta verkostoitui muiden eettisten toimikuntien kanssa. Yhteisten koulutustilaisuuksien tarve erityisesti etiikan opetuksessa havaittiin jo alkuvaiheessa.

Tehyn eettinen toimikunta järjestikin Helsingin Pasilassa 28.8.2008 hoidon ja terveydenhuollon etiikan opetuksen tavoitteita ja toteutumista kartoittaneen seminaarin ”Etiikan koulutuksen monet kasvot” yhteistyössä Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) ja Suomen Lääkäriliiton kanssa. Seminaarissa etsittiin luovia ratkaisuja monimuotoiseen ja moniammatilliseen etiikan koulutukseen ja edistettiin etiikan opettajien verkostoitumista. Yhteistyölle on helppo ennustaa jatkoa.

Käsillä oleva julkaisu sisältää ensimmäisen toimikauden tärkeimmät kirjalliset tuotokset. Nämä olivat: maailmanlaajuisiin epidemioihin varautumisen eettiset ongelmat, hoidon turvallisuus, uskomushoidot ja kiire. Kiirettä käsittelevään kirjoituskilpailuun osallistuivat ilmeikkäillä kuvauksillaan useat ammattihenkilöt kentältä.

Toimikunnan yhteisiä puheenvuoroja täydentämään on kokoelmaan lisätty kolme teoreettisempaa yksittäisten jäsenten laatimaa kirjoitusta, jotka käsittelevät terveydenhuollon arvoja ja eettisten ongelmien luonnetta (Veikko Launis), tasa-arvon merkitystä hoitotyössä (Mari Kangasniemi) sekä hoitotyön johtamista ja työhyvinvointia (Kaija Suonsivu).

Lisäksi toimikunta keskusteli monista tärkeistä kysymyksistä, joiden kohdalla sen oma asiantuntemus koettiin riittämättömäksi. Tällaisia olivat erityisesti monikulttuurisuus, vammaisten potilaiden asema terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa sekä median rooli ja merkitys terveydenhuollon kentässä. Pyydettyjen ulkopuolisten asiantuntijoiden (Flora Notash, Kalle Könkkölä, Helena Itkonen) avustuksella nämä teemat saatiin julkaisuun. Lämmin kiitos kaikille julkaisun tekemiseen osallistuneille!

Terveydenhuollon etiikan kenttä on laaja – lähes loputon. Usein keskustelun tarve jostakin eettisestä kysymyksestä nousee esiin aivan yllättäen. Niinpä luetteloa asioista, joista Tehyn seuraavan eettisen toimikunnan tulisi keskustella, on mahdoton laatia.

Tärkeää on, että keskustelua käydään asioista, jotka ovat tehyläisille keskeisiä ja koskettavat muitakin terveydenhuollon parissa työskenteleviä – terveyspalveluja käyttäviä potilaita ja heidän omaisiaan unohtamatta.

*Pasilassa 27.1.2009
Tehyn eettinen toimikunta*

Etiikka(a) voi parantaa

Eettinen herkkyys on osa jokaisen hoitajan ammatillista osaamista. Eettiset kysymykset ovat vaativia, mutta oikein oivallettuna etiikka antaa ammattilaiselle hyvät yönet.

Terveys on vahva eettinen arvo. Arvoille ominaiseen tapaan se joutuu puolustamaan asemaansa muiden arvojen joukossa. Pelkkä hengissä ja terveenä pysyminen ei riitä monellekaan elämän sisällöksi. Elämä ja terveys saavat arvoisensa kohtelun tyypillisesti vasta silloin, kun ne joutuvat tavalla tai toisella uhatuiksi.

Erilaiset nautintoa ja mielihyvää tuottavat asiat kuten omia rajoja koettelevat harrastukset, uskonnolliset kokemukset ja esteettiset elämykset edustavat useimmille ihmisille korkeampaa ja ylevämpää arvoa kuin päivittäisestä maksalaatikosta ja salaattista nauttiminen. Kuitenkin jälkimmäinen asia – ravinto – on terveytemme ja hengissä säilymisemme kannalta perustavampi. Vastaavasti kivun ja kärsimyksen välttäminen edustaa tuskin kenellekään korkeinta mahdollista hyvää, mutta niiden jatkuva esiintyminen on omiaan vähentämään elämänhalua.

Osa arvoistamme on niin sanotusti vahvoja, ne luovat hyvälle elämälle perustan, osa taas korkeita, ne tekevät elämästämme hyvän ja elämisen arvoisen. Vahvoja arvoja edustanevat ainakin elämän jatkuminen, kivun ja kärsimyksen puuttuminen, vapaus ja oikeudenmukaisuus, riittävä ravinto ja suoja, terveys sekä sosiaaliset suhteet.

Korkeimpiin arvoihin lukeutuvat puolestaan rakkaus ja keskinäinen luottamus, välit-

täminen, ihmisläheisyys ja rohkeus sekä kokemusten rikkaus ja runsaus. Terveiden arvo elämänlaadun rakentajana on siten monitulkintainen: on mahdollista, että sairas henkilö arvioi elämänlaatunsa paremmaksi kuin ennen sairastumistaan tai jopa paremmaksi kuin terve ihminen.

Vahvat moraaliset arvot ovat elämän säilymisen kannalta perustavia, ne luovat tilaa korkeammille arvoille. On kuitenkin tilanteita, joissa vahvat arvot osoittautuvat yhteen sopimattomiksi korkeampien arvojen tai toisten vahvojen arvojen (tai molempien) kanssa. Esimerkkinä käy tapaus, jossa vakavasta masennuksesta kärsivän potilaan hengen pelastaminen edellyttää tahdonvastaisia tai tahdosta riippumattomia toimenpiteitä ja keskinäisen luottamuksen rikkomista tai tapaus, jossa elämänhalunsa menettäneen parantumattomasti sairaan syöpäpotilaan kuolintoiveen toteuttaminen tuntuisi inhimilliseltä ratkaisulta.

Toisenlainen pulma syntyy siitä, että vahvojen ja korkeiden arvojen välinen raja hämärtyy. Terveys (tai tarkemmin terveyden käsite) saatetaan määritellä niin laveasti, että sen puutetta kokevat myös ne, jotka ovat perinteisessä (lääketieteellisessä) mielessä terveitä. Tällöin puhutaan medikalisaatiosta, inhimillisen monimuotoisuuden ja sosiaalisen elämän ongelmien lääketieteellistämisestä yli sairauden ja terveyden rajojen. Kun terveys määritellään hyvin laaja-alaisesti, tuloksena on, että useimmat meistä ovat jollakin tavoin sairaita tai vähintään kokevat terveytensä puutteelliseksi. Hoidon ja terveydenhuollon perustehtävä, vahvojen arvojen toteuttaminen, on silloin ymmärretty väärin.

Koska hoidon arjesta ja terveydenhuollon eettistä löytyy useita keskenään kilpailevia eettisiä arvoja ja niitä suojaavia periaatteita, ei ole yllätys, että ne joutuvat usein keskenään ristiriitaan ja tavallaan ”haastavat toisensa”. Moraaliset ristiriitatilanteet ovat usein pohjimmiltaan juuri arvokonflikteja: ne ovat ajattelussamme, toiminnassamme ja inhimillisessä vuorovaikutuksessa ilmeneviä jännitteitä ja ristiriitoja, joiden perimmäisenä syynä ovat keskenään yhteen sopimattomat arvot ja arvotulkinnat. Eettisten ristiriitojen esiintymisen syynä ei toisin sanoen ole moraalinen puutteellisuus tai heikkous vaan inhimillisen elämän arvoväritteisyys ja jännitteisyys. Arvoja on pikemminkin liian paljon kuin liian vähän.

Etiikan tekeminen näkyväksi

Hoidon ja terveydenhuollon etiikka (systemaattiseksi eettiseksi keskusteluksi ja tutkimukseksi ymmärrettynä) tarjoaa ratkaisuja aitoihin eettisiin pulmiin. Eettinen ongelma on erotettava väärin toimimisesta. Eettinen ongelma syntyy silloin, kun emme (yksilöinä, hoitoyhteisönä tai suomalaisina) tiedä, millainen toiminta tai toimintatapa on eettisesti oikein jossakin tilanteessa. Osa ongelmista on aitoja siinä mielessä, että niiden ratkaiseminen edellyttää uutta arvoja koskevaa tietoa.

Epäaidoiksi eettisiksi ongelmiksi kutsutaan ongelmia, joiden ratkaiseminen ei edellytä arvoja koskevaan tiedon lisääntymistä vaan pikemminkin uutta empiiristä tietoa ”silmin havaittavasta ja käsin kosketeltavasta” todellisuudesta.

Väärin toimiminen tai väärinkäytös tarkoittaa puolestaan sitä, että henkilö tekee tietoisesti ja harkitusti väärin, vaikka hän on

selvillä oikeasta toimintatavasta. Esimerkki väärinkäytöksestä on hoitaja tai lääkäri, joka syyllistyy huumausainerikokseen käyttämällä huumausainelääkkeitä omiin tarkoituksiinsa. Arkisempi esimerkki on jatkuvasti työvuorostaan myöhästelevä ja sovituisista asioista karkeasti lipsuva työyhteisön jäsen. Luonnollisestikin pääosa hoitotyön arjesta koostuu oikein toimimisesta: työskentely on hoidollisessa ja lääketieteellisessä mielessä tarkoituksenmukaista ja lepää vankalla eettisellä pohjalla.

Etiikka saattaa tuntua ylimääräiseltä menoerältä tai ”maksamattomalta laskulta”, joka kiusallisella ja epämääräisellä tavalla vaatii huomiota.

Eettisissä ongelmissa on aina kysymys siitä, ettemme (yksilöinä tai yhteisönä) pysty löytämään ratkaisua, jota voitaisiin pitää eettiseltä kannalta parhaana mahdollisena tai edes siedettävänä. Usein tilanne on sellainen, että kaikki

ajateltavissa olevat ratkaisut tuntuvat jossakin suhteessa epätydyttäviltä ja ongelmallisilta.

Epäaidoissa eettisissä ongelmissa hyväksyttävän ratkaisun löytäminen on sitä todennäköisempää, mitä enemmän ja mitä parempia tietoja ja tutkimustuloksia (olivatpa ne sitten lääketieteellisiä, hoitotieteellisiä, terveystaloustieteellisiä tai sosiaalipsykologisia) keskusteluun osallistuvilla henkilöillä on käytettävissään.

Ongelmien luokittelua

Edellä sanotun perusteella voimme erottaa toisistaan neljä eettisen ongelman perustyyppiä. Ensinnäkin jotkut terveydenhuollon eettiset kysymykset ovat ongelmallisia – tai osoittautuvat ongelmallisiksi – pääasiallisesti siksi, että niihin keskeisellä tavalla liittyvät kokemusperäiset eli empiiriset olettamukset ja faktat ovat kiistanalaisia tai huonosti tunnettuja.

Tämänkaltaisia epäaitoja eettisiä kysymyksiä voidaan nimittää empiiriseksi eettiseksi

ongelmiksi. Esimerkkinä empiirisestä eettisestä ongelmasta käy kysymys, tulisiko sairaalapotilaiden oikeutta yksityisyyteen suojata harventamalla ja lyhentämällä vierailuaikojaa tai lisäämällä potilashuoneisiin yksityisyyttä paremmin suojaavia verhoja. Vastaus tähän kysymykseen löytyy viime kädessä sen hoitotieteellisen tutkimustiedon pohjalta, kokevatko potilaat yksityisyytensä uhatuksi ja missä määrin he ovat valmiita tinkimään oikeudeltaan yksityisyyteen välttääkseen yksinäisyyttä ja hylätyksi tulemisen tunnetta.

Toiseksi, osaa terveydenhuollon eettisistä kysymyksistä voidaan nimittää kiistoihin liittyviksi ongelmiksi. Kiistoihin liittyviä ongelmia syntyy silloin, kun ihmiset ovat aidosti eri mieltä jonkin teon tai käytännön moraalista hyväksyttävyydestä. Esimerkin tästä tarjoaa kysymys, tulisiko hoidon priorisoinnissa (eri sairauksien kiireellisyysluokituksissa ja potilaiden hoitoon valikoimisessa) ottaa huomioon potilaan ikä tai potilaan omaksumien elämäntapojen (kuten tupakointi) osuus sairastumiseen.

Tämäntapaiset arvokonfliktit ovat aitoja eettisiä ongelmia siinä mielessä, että kysymyksen ytimenä oleva arvoristiriita voi jäädä ratkaisematta, vaikka keskusteluun osallistuvat henkilöt olisivat tietoisia ja yhtä mieltä kaikista asiaan liittyvistä empiirisistä (lääketieteellisistä, psykologisista, terveystaloustieteellisistä jne.) näkökohdista.

Ratkaisun avaimia ei löydy välttämättä myöskään etiikan tutkimuksesta (moraalifilosofiasta). Ristiriitoja ei saada häviämään sillä tavalla, että hyväksytään jokin yksi ”oikea” moraaliteoria, josta sitten johdetaan hyvin perusteltu ja oikea ratkaisu – tämä ei käy siitä yksinkertaisesta syystä, ettei yhtä ainoa ”oikeaa” moraaliteoriaa ole.

Kolmanneksi on olemassa kysymyksiä, joita voidaan nimittää tulkinta- tai merkityksellisyysongelmiksi. Näiden kysymysten esiin herättäjinä ovat tyypillisesti uudet lääke- ja terveystieteelliset innovaatiot ja sovellutukset. Merkityksellisyysongelmista puhutaan silloin, kun tilannetta on vaikea kuvata moraalisesti merkityksellisillä käsitteillä.

Tieteen ja teknologian tarjoamien uusien mahdollisuuksien arvottaminen ei ole vaikeaa vain siksi, ettei niiden tosiasiallisia vaikutuksia tunneta, vaan myös siksi, että emme tiedä, millaisina mahdollisuudet tulisi moraalisia käsitteitä ja periaatteita (hyvä, paha, oikea, väärä, itsemääräämisoikeus, yksityisyys, oikeudenmukaisuus jne.) käyttäen kuvata.

Esimerkiksi vanhusten kotihoidon edellytyksiä parantavat kamerat, liiketunnistimet ja muut tekniset innovaatiot asettavat eteem-

me kysymyksen kolmen perustavan eettisen arvon, hyvän tekemisen, yksityisyyden kunnioittamisen ja itsemääräämisoikeuden (autonomian) uudeltaisesta suhteesta. Emme kykene suoralta kädeltä näkemään, mikä kyseisistä arvoista tulisi uuden teknologian mahdollistamas-

sa tilanteessa vahvimmin suojata.

Neljänneksi, meillä on toisinaan moraalisia käsityksiä ja mielipiteitä, joihin uskomme vakaasti, mutta joita emme pysty perustelemaan. Tällöin voidaan puhua perusteluihin liittyvistä ongelmista. Perusteluihin liittyvistä ongelmista on kyse silloin, kun pidämme jotakin toimintatapaa tai käytäntöä eettisesti hyväksyttävänä (tai tuomittavana), mutta emme osaa perustella kantaamme tarkentamalla, missä moraalisesti relevantissa suhteessa kyseinen toimintatapa tai käytäntö eroaa muusta moraalisesti hyväksytyistä tai tuomitavasta toiminnasta, vaikka perustelua kos-

**Moraalinen
suhtautuminen omaan
työhön ja työyhteisöön
antaa päivittäiselle työn
tekemiselle sisäisen
mielekkyyden ja arvon,
jota mikään ulkoinen tekijä
ei voi korvata.**

keva vaatimus on itsestään selvällä tavalla olemassa.

Esimerkkinä tämäntyyppisestä ongelmasta käy lievästi kehitysvammaisten sikiöiden raskeusaikea seuloa ja abortointi. Jos vammaisen sikiön odotettavissa oleva elämänlaatu on hyvä, mikä oikeuttaa selektiivisen abortin?

Edellä mainitut ongelmatyypit ovat monella tavalla yhteydessä toisiinsa, ja ne voivat esiintyä samanaikaisesti tai toisiaan seuraten. Kiistoihin liittyvä ongelma voi muuttua empiiriseksi, kokeellisen tutkimuksen avulla ratkaistavaksi eettiseksi ongelmaksi. Perustelut koskevat eettiset ongelmat saattavat puolestaan synnyttää uusia kiistoihin liittyviä ongelmia, kuten on käynyt selektiivisen abortin oikeutusta koskevassa keskustelussa. Perustelut koskevan ongelman taustalta voi myös löytyä merkityksellisyysongelma, ja niin edelleen. Ongelmatyypit eivät ole useinkaan yksilöllisiä vaan voivat vaatia useiden näkökulmien samanaikaista – ja usein myös erilaisiin menetelmiin ja lähestymistapoihin perustuvaa – tarkastelua.

Moraaliresurssit voimaannuttavat

Eettistä pohdintaa vaativien tilanteiden ja vivahteiden tunnistaminen, eettinen herkkyys, on hoitohenkilön kompetenssin eli tietotaidollisen pääoman keskeinen elementti. Mikäli hoitaja ei kykene eettiseen sensitiivisyyteen, hänellä ei ole edellytyksiä menestyä ammatissaan.

Eettisten kysymysten luonteen ymmärtäminen ja eri kysymystyyppien tunnistaminen helpottavat arkeen sisältyvää eettistä harkintaa ja päätöksentekoa. Paras tapa selviytyä eettisesti vaativista tilanteista on kehittää omaa ongelmanratkaisutaitoa sekä kykyä kommunikoida erilaisia arvoja ja arvotulkintoja

omaavien työtovereiden, potilaiden ja heidän omaistensa kanssa.

Tämän päivän terveydenhuollossa hoidon ammattilaisten henkiset resurssit ovat – oman fyysisen terveyden ohella – kovalla koetuksella. Riittämättömien aineellisten resurssien seurauksena henkiset resurssit joudutaan usein venyttämään äärimmilleen, jolloin etiikalle ja siitä puhumiselle ei näyttäisi jäävän kovinkaan paljon tilaa. Etiikka saattaa tuntua ylimääräiseltä menoerältä tai ”maksamattomalta laskulta”, joka kiusallisella ja epämääräisellä tavalla vaatii huomiota.

Moraalifilosofi Jonathan Glover puhuu moraaliresurssista, joilla hän tarkoittaa sellaisia henkisiä voimavaroja, joiden turvin haluamme ja pystymme suhtautumaan muihin ihmisiin (hoitajiin, potilaisiin, omaisiin) ihmisarvoisella ja myötätuntoisella tavalla heidän ihmisyytään ja itseisarvoaan kunnioittaen.

Kun moraaliresurssit käyvät vähiin tai loppuvat tyystin, tuloksena on hoidon irvikuva, pelkästään välineellisistä ja mekaanisista ihmissuhteista koostuva hoitoyhteisö. Henkisen uupumisen pelosta moraaliresurssit pannaan säästöliekille tai kytketään kokonaan pois päältä, ja hoidon etiikka ulkoistetaan erilaisiin viranomaisiin, toimikuntiin ja oikeudellisiin velvoitteisiin. Potilaan henkilökohtainen ihmisyyden ja identiteetti korvataan ”tapauksella” tai markkinavoimien suosimalla ”kuluttaja-asiakkuudella”, ja moraaliresurssit ylläpitävä yhteisöllisyyden ja samuuden tunne (”olemme kaikki samassa veneessä”) katoaa.

Lopulta potilaita ja omia työtovereita kohdellaan ihmisarvoisina yksilöinä enää vain nimellisesti. Traagisimmassa tapauksessa heistä ja heidän asioistaan puhutaan pelkästään numerokoodien ja tautiluokitusten välityksellä (esim. ”kaksikutosen dementikko”).

Ihmisyden ja ihmisarvon kunnioittaminen ja myötätunto ovat henkisesti vaativa tapaus asennoitua omiin työtovereihin, potilaisiin

ja näiden omaisiin, ja tällainen asennoituminen edellyttää riittäviä moraaliresursseja. On kuitenkin helpottavaa oivaltaa, että inhimillisyyden, yhteisöllisyyden ja samuuden kokemukset ovat oikein ymmärrettyinä itsessään moraalinen lisäresurssi.

Moraalinen suhtautuminen omaan työhön ja työyhteisöön antaa päivittäiselle työn tekemiselle sisäisen mielekkyyden ja arvon, jota mikään ulkoinen tekijä ei voi korvata. Sen ymmärtäminen, etteivät eteen tulevat eettiset ongelmat johdu huonosta ammattitaidosta vaan hoidon ja terveydenhuollon inhimillisesti jännitteisestä todellisuudesta ja sen arvoväritteisestä moni-ilmeisyydestä ja että tällaisten ongelmien ratkaiseminen on haasteellista kenelle tahansa, on pikemminkin helpottava kuin henkisiä voimavaroja kuluttava oivallus.

Vaikka moraalinen vastuu omasta toiminnasta ja omista päätöksistä lepää viime kädessä itse kunkin omilla harteilla, hoidon etiikan vaatimukset eivät saa ylittää sitä, mihin inhimillisyyden rajoissa kykenemme. Terveystieteiden ammattihenkilöllä on vaikeankin eettisen päätöksen jälkeen oikeus nukkua yönsä hyvin. Oikein oivallettuna hoidon etiikka antaa hoitajalle hyvät yöunet.

Kirjallisuutta:

- Airaksinen, T. toim. 1991. *Ammattien ja ansaitsemisen etiikka*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Glover, J. 2006. *Ihmisyys. Alkuteos Humanity 1999*. Suom. Petri Stenman. Like Kustannus Oy, Helsinki.
- Launis, V. 2007. *Moniarvoinen terveys*. Areopagus, Turku.
- Nordenfelt, L. 1991. *Hälsa och värde. Studier i hälso- och sjukvårdens teori och etik*. Thales, Tukholma.
- Poikkimäki, I. 2004. *Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa*. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos.

Eettisen ongelman perustyytit

1. Empiirinen – pitääkö sairaalapotilaan yksityisyyttä suojata harventamalla vierailuaikoja?
2. Kiistoihin liittyvä – vaikuttavatko potilaan elämäntavat tai ikä hoidon priorisoinnissa?
3. Tulkinta- tai merkityksellisyysongelma – loukkaako vanhuksen kotona oleva turvallisuutta parantava liiketunnistin yksityisyyttä?
4. Perusteluihin liittyvä – onko lievästi kehitysvammaisen sikiön abortointi oikein?

Miten hoidan: kaikille samaa vai jokaiselle yksilöllistä?

Joka yksikössä pitäisi keskustella siitä, mitä tasa-arvoinen hoitotyö meillä tarkoittaa. Kaikille samaa -periaate voi jopa vaarantaa potilasturvallisuuden. Toinen näkökulma on ottaa huomioon jokaisen erilaisuus.

Hoitotyö on yksi yhteiskunnan keskeinen alue, jossa kohdataan yhä enemmän moninaisuutta. Moninaisuus johtuu ihmisten erilaisista taustoista kuten kulttuurista, etnisyydestä, uskonnosta, seksuaalisuudesta ja taloudellisesta asemasta. Hoitajien on pohdittava käytännön työssä ratkaisuja tilanteisiin, joissa potilaan taustalla voi olla merkitystä hoitoon.

Miten toimitaan, kun jollakin potilaalla ei ole omaisia, mutta toisen potilaan omaiset vaativat näkemyksiensä mukaista hoitoa? Missä järjestyksessä hoitaja hoitaa vastaanotolleen tulleita potilaita? Kuinka paljon aikaa ja millaisia hoitotoimintoja hän kunkin potilaan hoidossa käyttää?

Sekä hoitotyötä ohjaava lainsäädäntö että eettinen ohjeisto tuovat kysymysten tarkasteluun tasa-arvon periaatteen, jonka mukaan hoitohenkilökunnan edellytetään toimivan.

Tasa-arvo on oikeudenmukaisuuden ja itsemääräämisoikeuden ohella yksi hoitotyön eettisistä arvoista. Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus liittyvät läheisesti toisiinsa. Oikeudenmukaisuudesta puhuttaessa viitataan väistämättä siihen, miten ihmiset ovat keskenään samanlaisia ja erilaisia ja miten

sen perusteella pitäisi toimia. Tasa-arvo tuleeekin merkittäväksi silloin, kun ihmiset ovat jonkin oikeudenmukaisuuden kannalta merkittävän ominaisuuden suhteen erilaisia, mutta toisessa, oikeudenmukaisuuden kannalta merkittävässä suhteessa samanlaisia. Siksi tasa-arvon yhteydessä puhutaan usein toimista, joiden avulla eroja voidaan poistaa, tasata tai kompensoida ja näin vähentää eroja, jotka eivät ole oikeudenmukaisuuden kannalta perusteltuja.

Hoitotyössä oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo tarkoittavat sitä, että tavoitteena on antaa hoitoa mahdollisimman oikeudenmukaisesti. Perusteena hoidon jakamiselle pidetään usein potilaan tarvetta hoitoon. Kun arvioidaan hoidon tarvetta, joudutaan pohtimaan, määrittääkö tarpeen potilas (tai omainen), ammattilainen vai yhteiskunta. Koska kaikkia ei voida hoitaa samanaikaisesti ja kokonaisvaltaisesti, joudutaan miettimään, mitä potilaiden väliset eroavaisuudet ja samanlaisuudet merkitsevät, eli millä perusteella hoitoa annetaan. Tällöin puhutaan hoitotyön tasa-arvosta, niistä potilaita koskevista eroista, joiden huomioiminen tai huomioimatta jättäminen edistää oikeudenmukaisuutta.

Tasa-arvo on yksi etiikan arvoista, joka on kirjattu lähes kaikkiin osastojen ja hoitolaistosten eettisiin periaatteisiin. Sinne se on löytänyt tiensä sekä lainsäädännöstä ja terveyspolitiikasta että hoitotyön eettisistä periaatteista. Hoitotyön etiikassa tasa-arvo onkin ollut perinteinen ja keskeisenä pidetty arvo.

Tasa-arvo terveyspolitiikassa ja laissa

Tasa-arvon vaatimus tulee esille sekä kansainvälisessä että kansallisessa terveydenhuollon tavoitteessa: terveyden osalta on edistettävä ja turvattava kansalaisten tasa-arvoisia mahdollisuuksia toimia yhteiskunnassa.

Suomalaisen terveyspolitiikan tarkoituksena on ollut väestön terveydellisten mahdollisuuksien tasa-arvo ja jokaisen kansalaisen mahdollisimman hyvä terveydentila. Erityisesti 1970- ja 1980-luvuilla Suomen virallinen terveyspolitiikka kannatti WHO:n tavoitteiden mukaista tasa-arvoa. Sama painotus jatkuu Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa, jossa tasa-arvo ilmenee kaikkien väestöryhmien terveyden edistämisessä ja yhtäläisten mahdollisuuksien takaamisessa. Tasa-arvo on keskeinen periaate myös Pohjoismaisen ministerineuvoston tasa-arvoyhteistyön ohjelmassa, jonka yksi painopiste on edistää tasa-arvoa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Lainsäädännön mukaan terveydenhuollon tarkoitus on luoda kansalaisille tasa-arvoiset mahdollisuuden ylläpitää ja edistää terveyttään sekä mahdollistaa kaikille tasa-arvoinen pääsy hoitoon. Tasa-arvo tulee esille myös juridisissa lähtökohdissa, jotka tarkoittavat perustuslakia ja tätä tarkentavia, erityisesti terveydenhuoltoa koskevia, lakeja ja asetuksia.

Edelläkävijänä voidaan mainita vuonna 1992 voimaan tullut laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Sen mukaan jokaisella on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaudenhoitoon. Hoitoon pääsyyn ja hoitoon eivät saa vaikuttaa mitkään potilaan ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä loukkaavat tekijät.

Tasa-arvo eettisissä ohjeissa

Tasa-arvo tulee esille myös terveydenhuollon eettisissä periaatteissa, ammattietiikassa ja virkamiesetiikassa. Se sisältyy jo niiden lähtökohtaan: periaatteet koskevat yhtäläisesti kaikkia terveydenhuollossa toimivia, ja niissä huomioidaan sekä terveydenhuollon toimijoiden, potilaiden, erityisalojen että palvelurakenteen näkökulmat.

Periaatteiden eettinen sisältö lähtee ihmisten tasa-arvoisesta ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta. Yhtäläisen hoidon tarpeessa olevia potilaita tulee hoitaa samojen periaatteiden mukaan. Asianmukainen hoito ja ihmisarvoinen kohtelu eivät saa riippua potilaan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta tai vakaumuksesta.

Myös ammattietiikka korostaa tasa-arvon tärkeyttä. Sekä kansainväliset (esim. International Councils of Nurses eli ICN) että kansalliset eettiset ohjeet (esim. Sairaanhoidtajaliitto ja Lääkäriliitto) yhdessä virkamiesetiikan kanssa painottavat tasa-arvoa niin suhteessa ammattilaisten omaan ja keskinäiseen toimintaan

kuin potilaiden kohteluunkin.

Miten käytännön hoitotyössä?

Hoitotyössä tasa-arvolle voidaan siis helposti löytää juridiset, terveyspoliittiset ja eettiset perusteet. Näitä voidaan kutsua sen teoreettiseksi lähtökohdaksi. Käytännön toiminnassa ne luovat perustan ja perusteen tasa-arvolle, mutta mitä tasa-arvo ja sen tavoite käytännössä tarkoittavat? Miten minä tämän peri-

Vaikka ”kaikille potilaille samanlaista hoitoa” -ajatus on keskeinen ja välittömästi hyväksyttävä, käytännön työssä sen toteuttaminen on vaikeaa, jopa mahdotonta.

aatteen mukaan kohtelen potilaita? Onko se tasa-arvoa, että jokaista potilasta kohdellaan samalla tavalla? Vai se, että jokaista potilasta kohdellaan eri tavoin, koska he ovat erilaisia?

Hoitotyössä ja sen opetuksessa keskeinen ajatus on ollut, että kaikkia potilaita kohdellaan samalla lailla. Ajatus perustuu käsitykseen, jonka mukaan kaikilla ihmisillä on yhtäläinen arvo ihmisyytensä perusteella. Ihmisyyteen on riittänyt pelkkä mahdollisuus ihmisyydestä: esimerkiksi jo sikiöllä on peruste tasa-arvoon ja yhtäläisiin perusoikeuksiin.

Kaikille samanlaista hoitoa: tasa-arvoa?

Hoitotyössä ajatus tasa-arvosta on pyritty turvaamaan siten, että kaikille kansalaisille on taattu tasa-arvoiset mahdollisuudet ja olosuhteet ylläpitää ja saavuttaa terveytensä. On pyritty luomaan yhteiskunta, joka jokaisella osa-alueellaan tukee ihmisiä terveyteen. Yhteiskuntaan on luotu kattava terveyden- ja sairaanhoidon järjestelmä, lasten- ja kouluneuvola ja kaikilla on yhtäläinen oikeus hakeutua näihin palveluihin. Tasa-arvoon pyritään myös hoitojen ja palveluiden tuottaman lopputuloksen suhteen. Tämä tarkoittaa sitä, että huolimatta ihmisen terveydellisistä ongelmista, kaikkia tuetaan saavuttamaan paras mahdollinen terveydentila.

Käytännön hoitotyössä tasa-arvon tulkitseminen kaikkien samanlaisena kohteluna on siis perusteltu lähtökohta. Se voi myös tuoda selkeän ja yksiselitteisen lähtökohdan osaston yhteisiin toimintaperiaatteisiin. Tulkinta voi olla kuitenkin ongelmallinen: Hoidammeko päivystyksessä kaikki potilaat saapumisjärjestyksessä? Vaikuttavatko hoitojärjestykseen potilaiden erilaiset sairaudet tai tulossyyt? Entä ikä? Hoidammeko ensiksi vauvat tai vanhukset?

Vaikka ”kaikille potilaille samanlaista hoitoa”-ajatus on keskeinen ja välittömästi hyväksyttävä, käytännön työssä sen toteuttaminen on vaikeaa, jopa mahdotonta. Periaatteen mukainen toiminta voi jopa aiheuttaa eriarvoisuutta tai pahimmillaan vaarantaa potilasturvallisuuden. Kaikkien ihmisten samanlainen kohtelu voi olla epäoikeudenmukaista: kaikki potilaat saavat samanlaista hoitoa, vaikka eivät sitä tarvitsisi.

Tarkkaan ottaen ihmisen kohteleva tasa-arvoisesti hänen ihmisyytensä perusteella voidaan tulkita kahdella tavalla. Se voi tarkoittaa, että kaikille ihmisille yhtäläisen universaalien ihmisarvon takia annetaan sama hoito. Toisaalta se voi tarkoittaa sitä, että heille annetaan erilainen hoito, koska hoidon lopputuloksen tavoitteena on ihmisarvo. Hoidon tulee siis olla sellaista – ja se voi olla erilaista kuin jollakin toisella – että ihmisarvo toteutuu.

Huomioin erilaisuuden: tasa-arvoa?

Toinen tapa tulkita tasa-arvoa on lähtökohdasta, jonka mukaan on tasa-arvoista huomioida jokaisen potilaan erilaisuus. Näkökulma lähtee ajatuksesta, jonka mukaan kukaan ihminen ei ole keskenään samanlainen ja ihmisestä on vaikeaa tai jopa mahdotonta määrittää yhtään ominaisuutta, joka koskisi kaikkia ihmisiä ja olisi universaalisti ja kiistatta jaettavissa. Oikeudenmukaisuuden vuoksi tulisikin huomioida hoidon kannalta ihmisten väliset merkittävät erot.

Pohdintaa voi helpottaa jaottelu, jonka mukaan voidaan ajatella, että ihmisillä on yksi yhteinen samanlainen ominaisuus eli ihmisarvo. Lisäksi kaikilla on erityisiä ominaisuuksia, jotka eivät ole maailman kaikkien ihmisten yhteisiä. Näitä ovat esimerkiksi tietty taito tai sairaus. Ne ilmenevät fyysisen (solutason

erilaisuus), psyykkisen (henkiset ominaisuudet), territoriaalisen (omistaminen) ja eksistentiaalisen (jokaisen elämän erilaisuus) elämän alueilla. Jotta tasa-arvo voisi toteutua, tulisi kyetä huomioimaan nämä erityiset ominaisuudet. Vaikeutena on kuitenkin määrittää ne tekijät, jotka oikeuttavat kohteilemaan ihmisiä eri tavoin.

Käytännön hoitotyössä pyritään usein tasa-arvoon juuri neutraaliuden kautta: ajatellaan, että potilaan erilaisuudet eivät saa vaikuttaa hoitoon. Tässä on vaarana, että erilaisuus poistetaan ja silloin voidaan huomaamatta mitätöidä hoidon kannalta merkittävät erilaisuudet. Potilaat kuitenkin kokevat, että erilaisuudet huomioiva hoito vastaa parhaiten heidän tarpeisiinsa.

Hoitotyössä tulisikin määrittää, mitä asioita pidetään missäkin yhteydessä tasa-arvoisen kohtelun kannalta merkittävänä. Käytännön työssä se on usein hoidon tarve. Ongelmana on kuitenkin se, kuka määrittää hoidon tarpeen: potilas, hoitaja vai yhteiskunta? Jos tarpeen kriteeriksi määritetään elintärkeät toiminnot, on myös määritettävä, tarkoitetaanko niillä psyykkistä, fyysistä vai sosiaalista ulottuvuutta.

Merkitys selville keskustellen

Vaikka lakien ja eettisten ohjeiden mukaan tasa-arvosta oltaisiin yhtä mieltä, sen merkityksestä tulisi keskustella ja sen sisältö avata jokaisessa hoitoyksikössä. Keskustelujen kautta tulisi selvittää ne erityiset ominaisuudet, joiden perusteella hoito tai palvelu oikeutetaan.

Silloin samat kriteerit koskevat kaikkia potilaita, ja niitä sovelletaan samalla tavoin kaikille. Päivystysvastaanotolla tämä tarkoittaa

esimerkiksi yhteisesti sovittuja perusteita hoidettavien potilaiden järjestykselle.

Tasa-arvon toteutuminen käytännön työssä on ongelmallista. Sitä ei ole esimerkiksi eri väestöryhmien välillä saavutettu. Kuitenkin jo tasa-arvon tavoittelu on arvokasta. Tasa-arvo on yksi hoitotyön arvoista – käytännön hoitotyössä ei välttämättä voida toteuttaa yhtä aikaa kaikkia arvoja.

Tutkimusten mukaan hoitajat kokevat pettymystä, uupumusta ja turhautumista, koska he eivät voi antaa arjen kiireessä tai rajallisissa resursseissa niin korkeatasoista hoitoa kuin arvot ja oma halukkuus edellyttäisivät. Hoitotyön arvot on ymmärretty eettisenä periaatteena, jota seurataan aina ja kaikkialla.

Eettisten periaatteiden tarkoitus on kuitenkin suojata vielä vahvempia eettisiä arvoja, kuten ihmisarvoa ja elämän kunnioitusta. Periaatteet ovat usein ristiriidassa keskenään eikä niitä kaikkia voi saumattomasti toteuttaa. Ne voidaan ymmärtää eettisinä päämäärinä, joihin pyritään. Tämä ei vähennä niiden arvoa, mutta ne suhteutuvat käytännön hoitotyön näkökulmasta tavoitettaviksi: hoitajalla on päämääränään niin potilaan tasa-arvo, itsemääräämisoikeus kuin oikeudenmukaisuuskin, ja hän tekee työssään parhaansa, että nämä toteutuvat.

Hoitaja ei ole epäonnistunut, mikäli ne eivät täysin toteudu, vaan ne ovat tehneet tehtävänsä suojellessaan niiden taustalla olevaa ihmisarvoa ja elämän kunnioitusta.

Vaikka tasa-arvoa on vaikea saavuttaa, sen on ajateltu olevan tavoittelemisen arvoisen myös siksi, että sille ei ole ollut kilpailevaa vaihtoehtoa. Tämän vuoksi yhä moniarvoisempi hoitotyön käytäntö ei voi ainoastaan todeta kannattavansa tasa-arvoa, vaan hoitotyössä tulee yhä tarkemmin keskustella ja tar-

kastella sen sisällöllistä merkitystä jokaisessa hoitoyksikössä. Sitä kautta tasa-arvon toteuttaminen tulee lähemmäksi käytännön työtä ja varmistaa osaltaan sen oikeudenmukaisuutta.

Kirjallisuutta:

- Aranda K. 2005. *Community nurses' talk of equality and the discursive constitution of selves. Journal of Advanced Nursing* 51(2): 131–139.
- Frankena WK. 1973. *Ethics. Prentice-hall Inc, Englewood Cliffs, New Jersey.*
- Hellsten S. 1996. *Oikeutta ilman kohtuutta. Modernin oikeudenmukaisuuskäsityksen kritiikkiä. Gaudeamus, Tammer-Paino, Tampere.*
- Kangasniemi M. 2007. *Monoliittisestä trilogiseen tasa-arvoon. Tasa-arvo hoitotyön etiikan tutkimuksessa. Acta Universitas Ouluensis D933. Oulun yliopistopaino.*
- Leininger M. & McFarland MR. (eds). 2002. *Transcultural nursing. Concepts, theories, research & practice. The McGraw-Hill Companies Inc., R.R. Donnelley & Sons, Crawfordville.*
- Tarkki J. & Petäjaniemi T. (toim). 1998. *Tasa-arvo. Saavutuksia ja haasteita. Atena kustannus, WSOY, Juva.*

Työhyvinvointi – hyvän hoidon tae

Elämän peruskysymykset ovat vanhusten hoidossa läsnä päivittäin. Hoitajia auttaa jaksamaan raskaassa työssä se, että he voivat tehdä työnsä hyvin. Johtaja voi tukea alaistensa hyvinvointia monin keinoin.

Keskimäärin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt käyttää julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita säännöllisesti. Julkisen vallan velvollisuus on turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä. Vanhuksille tarjotaan erilaisia sekä kunnan että yksityisen järjestämiä palveluja sairaaloissa, kotihoidossa, vanhainkodeissa ja erilaisissa päivähoito- ja asumispalveluissa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät oikeudelliset periaatteet. Keskeisiä oikeuksia ovat hyvä terveyden- ja sairaanhoito, inhimillinen kohtelu, tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus.

Vanhusten hoidossa painottuu oikeus päättää asioistaan oman elämänkatsomuksensa sekä ajatus- ja arvomaailmansa mukaan. Terveydenhuollossa itsemääräämisoikeus tarkoittaa vanhuksen tai hänen läheisensä oikeutta osallistua päätöksentekoon. Se edellyttää tietoja muun muassa sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehtoista. Vanhukselle on annettava kaikki tieto, jolla on merkitystä hoitopäätöksessä. Hoitavan henkilön tulee kertoa tiedot siten, että vanhus tai hänen läheisensä ymmärtää asian.

Vanhuksella on oikeus kieltäytyä suunnitellusta hoidosta. Silloin hänen kanssaan pyri-

tään löytämään yhteisymmärryksessä muu lääketieteellisesti hyväksyttävä hoito. Vanhuksen ihmisarvoa ei saa loukata ja hänen henkilökohtaista vakaumustaan ja yksityiselämäänsä on kunnioitettava. Erityisen tärkeää on, että yhteisymmärrystä haetaan ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa.

Potilaan tiedot on pidettävä salassa ja luotamuksellisina. Myös omainen tai muu läheinen on juridisesti sivullinen. Jos vanhus ei pysty terveydentilansa vuoksi pätevästi ilmaisemaan tahtoaan, se pyritään saamaan selville hänen läheistensä avulla.

Vanhuksella on tasa-arvoinen oikeus hyvään hoitoon. Se merkitsee sitä, että palveluita tarvitseva saa tilanteensa vaatimaa asiantuntevaa apua ilman kohtuuttomia viiveitä. Oikeudenmukaisuus edellyttää, että samassa tilanteessa olevat potilaat hoidetaan samojen periaatteiden mukaan. Oikeus ei riipu potilaan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta tai vakaumuksesta.

Edellä oleva luo perustan vanhuksen laadukkaalle hoidolle. Se raamittaa niitä moninaisia vaatimuksia ja haasteita, joita henkilöstö kohtaa. Haasteet ovat läsnä arjessa, koska vanhusten hoidossa ollaan päivittäin tekemisissä elämän peruskysymysten kanssa.

Henkilöstön työhyvinvointi ja hoitotyön eettiset kysymykset aktivoituvat, kun tarkastellaan terveyteen, sairauksiin, ikääntymiseen ja kuolemaan liittyviä asioita. Arjessa keskustellaan paljon ihmisen haavoittuvuudesta ja elämän rajallisuudesta sekä siitä, millaista ikäihmisen hyvä elämä on.

Ikääntyvillä on kunnosta riippuen erilaisia hoitotarpeita. Tarpeisiin vaikuttavat myös kodin sijainti, lähiympäristö, palvelujen etäisyydet ja saatavuus sekä perhetilanne. Siksi kaivataan yksilöllisiä ratkaisuja. Se luo paineita palveluita tuottavien yksiköiden organisaa-tiorakenteille, johtamiselle, päätöksenteolle ja työn organisoinnille.

Vanhuksen hoitamisessa tarvitaan laajaa yhteistyötä eettisten näkökohtien, kustannusten hallinnan, vaikuttavuuden ja tehokkuuden tasapainottamiseksi. Eri tehtävissä toimivien välillä tarvitaan vuorovaikutusta ja järkevää työnjakoa. Tämän hetkinen taloudellinen taantuma luo lisää erityispaineita yhteistyölle. Keskinäinen luottamus ja tuki alan ammattilaisten ja päättäjien välillä sekä aito kumppanuus auttavat selviytymään yhteisestä haasteesta.

Vanhusten palveluiden erityispiirteet

Vanhuksen hoitamiseen ja kuntouttamiseen sisältyy paljon erityispiirteitä kuten hoidon priorisointi, toiminnan tuloksellisuus, elvytys sekä elin- ja hoitotestamentti. Vaikeiden kysymysten selvittäminen vaatii vahvaa eettisyyttä, ammattillisuutta ja osaamista. Nykyään arkea ovat muutokset ja hyvän hoidon antaminen ovat usein ristiriidassa keskenään. Näihin asioihin liittyy myös hoitajien jaksaminen.

Dementiaa tai masennusta sairastavaa vanhusta hoidetaan yleensä jossain vaiheessa sairaalassa. Hoito voi olla kuntouttava sairaalajakso, josta palataan kotiin tai kodinomaiseen palvelutaloon tai kyseessä voi olla pitkäaikaishoito yhä pahenevien sairauksien ja ongelmien kanssa.

Sairaala tai laitos merkitsee vanhukselle muutosta. Siihen liittyy menetyksiä – sekä konkreettisia että psyykkisiä. Oman oma-
laatuisen, yksilöllisen elämän ja mahdoli-

sesti oman kodin menettäminen ovat usein musertavia, toisinaan helpottavia kokemuksia. Omaisille vaihe on joskus helpotus, mutta usein myös syyllistävä ajanjakso. Siirtymävaiheeseen kuuluu paljon käytännön järjestelyjä, joihin myös omaiset saattavat tarvita neuvoja ja apua.

Hyvä hoito antaa vanhukselle ja hänen omaiselleen turvallisen olon ja tunteen, että potilas on asiantuntijoiden käsissä. Sairaalassa pitää pyrkiä siihen, että vanhus voi elää mahdollisuuksien mukaan haluamallaan tavalla yksiköstä riippumatta. Vanhuksen tunteen-
ilmaisut ovat hyväksytyjä ja hänen sallitaan kertoa toiveensa.

Laadukkaaseen hoitoon kuuluu perusarvona turvallisuus, joka on luottamusta, varmuutta ja uskomista hoitoon, hoitajiin ja hoitoympäristöön. Sitä luovat yhtenäiset hoitoperiaatteet, henkilökunnan ammattitaito, turvallinen hoitoympäristö sekä sujuva tiedonkulku. Turvallisuus luo kokemuksen ymmärretyksi ja kuuluksi tulemisesta.

Vanhuksen hyvä hoito on rinnalla kulkemista, hyvää vuorovaikutusta, vanhuksen eletyn elämän kunnioittamista, aitoutta ja rehellisyyttä, tiedonsaannin, yksilön vaikutusmahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden huomioimista. Potilaan kohtaamisessa näkyy yhtäläinen ja ainutkertainen ihmisarvo. Jokainen vanhus on ainutlaatuinen. Vanhuksen kunnioittamiseen kuuluvat inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus ja yksityisyyden suoja.

Hoidon kulmakivi on jäljellä olevien voimavarojen tukeminen kuntouttavalla hoitotyöllä. Vanhuksen kunnioittamiseen sisältyy se, ettei tehdä asioita hänen puolestaan, vaan tehdään yhdessä.

Vanhus kuuluu perheeseen tai muuhun inhimilliseen yhteisöön, vaikka hän olisikin sairaalassa. Siksi on tärkeää, että yhteydet läheisiin säilyvät. Hoitavan henkilön on tuettava siinä, koska omaiset ja muut lähei-

set ovat hoidossa voimavara. Hoitajan velvollisuus on mahdollisuuksiensa mukaan auttaa läheistä sopeutumaan vanhuksen sairaalassaoloon, jotta vanhus voi ottaa läheisensä mukaan elämän- ja sairaudenkulun eri vaiheisiin.

Vanhuksen hyvään perushoittoon kuuluu kivun ja kärsimyksen huomioiminen ja hoito sekä henkinen ja hengellinen tuki. Kivun tuntemukset ja kärsimyksen kokemukset ovat aina ainutkertaisia, ja sen vuoksi niiden hoitaminen on yksilöllistä. Kuolemaa lähestyvä vanhus on kohdattava ja häntä on kuunneltava. Läheisten suruun tulisi suhtautua ymmärtäväisesti ja tarvittaessa heidät voi ohjata lisäavun piiriin.

Henkilöstön työhyvinvointi

Hyvä ja eettisesti vahva vanhustenhoito vaatii vastuullisuutta terveydenhuollon kaikilla tasoilla: Päätäjien velvollisuus on huolehtia palveluiden toteuttamisedellytyksistä ja varmistaa voimavarat. Palvelujen tuottamisesta vastaavat huolehtivat palveluiden saatavuudesta ja laadusta. Heidän on välitettävä päätäjille tietoa väestön hoidon tarpeesta ja sen muutoksista, tarvittavista hoitomenetelmistä sekä niiden vaikuttavuudesta väestön terveyteen. Henkilöstö taas tekee tarvittavat tutkimukset ja hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan soveltaen lääketieteellisesti hyväksytyjä menetelmiä.

Vanhusten hoidon tulee perustua tieteellisesti tutkittuun ja viimeisimpään tietoon. Se vaatii ammatillisuudelta paljon. Hoidossa korostuukin moniammatillisuus, konsultointi, monitieteellisen tiedon

tuottaminen, kliinisen kokemuksen käyttäminen ja tutkitun tiedon hyödyntäminen.

Työhyvinvointi ei ole ydintyöstä irrallaan. Se on osa jokapäiväistä toimintaa, johon jokainen voi vaikuttaa. Työntekijöiden hyvinvointia edistää se, että heillä on mahdollisuus tehdä työnsä hyvin.

Eettisen toiminnan ja työhyvinvoinnin suhdetta voi pohtia eri ulottuvuuksien kautta. Käytetäänkö yhteisössä työaika mielekkäästi? Miten yhteisöllinen aika rakentuu ja miten sitä hallitaan vanhuksen hoidossa? Millainen on työpaikan huolenpidon ja välittämisen kulttuuri?

Vanhuksenhoidon etiikassa on kysymys taidosta olla ihminen vanhukselle. Työyhteisön yhteinen, onnistunut eettinen keskustelu tuo erilaiset arvot ja kokemukset yhteiseen laadukkaaseen hoitoprosessiin.

Yhteisön lisäksi myös yksilöllä on vastuunsa. Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen ja rajojensa tunnistaminen on eettisesti tärkeää. Työhyvinvoinnin ytimessä on ammatillisuus sekä toiminnan ja tehtävien hyvä organisointi. Tärkeää on myös ymmärtää oman työyhteisön ydintehtävät organisaation tai tuotantoalueen sisällä.

Työhyvinvointi kumpuaa vanhusten tarpeiden, palveluiden antamisen mahdollisuuksien ja resurssien, työympäristön, ilmapiirin, henkilöstön keskinäisten suhteiden, omaisten odotusten, työkulttuurin, esimiestyön ja hallinnollisten ratkaisujen viidakosta.

Vanhusten hoito on vaihtelevaa ja palkitsevaa. Vanhukset tuovat elämänsä henkisen ja historiallisen rikkautensa lähellä olevalle ihmiselle. Se avautuu henkilölle, jonka perusravona on ihmisestä välittäminen. Vuorovai-

Työyksiköissä on tärkeää pohtia kysymyksiä, joita työntekijä kohtaa arjessa: Miten edistän vanhuspotilaan terveyttä ja hyvää oloa? Voiko ja pitääkö läsnäoloa mitata? Pitääkö kaikista potilaista tykätä?

kutus vanhuksen kanssa luo moninaisia arvoja ja läheisyyttä, tuo elämään luottamusta ja yhteisöllisyyttä. Yhteistyö vanhuksen ja hänen läheistensä kanssa on vastuullista, koska usein vanhus on riippuvainen hoitajan tuesta ja ammattilaisen antamista neuvoista. Hoitajien työhyvinvointia lisää aito dialogi vanhusten ja hänen omaistensa kanssa ja heiltä saatu palaute. Hoidon eettisyys toteutuu arjen pienissä valinnoissa.

Henkilöstön jaksamattomuutta aiheuttavat resurssipula, työn kuormittavuus, kiire, moniongelmaiset vanhukset ja työn hallinnan tunteen menetys. Jaksamattomuus saattaa ilmetä sairastamisena, voimakkaana väsymyksenä, stressinä, työuupumuksena tai masennuksena.

Uupunut työntekijä voi kokea, ettei hän jaksakaan olla aina aidosti läsnä eikä kuunnella vanhusta. Läsnäolo on kuitenkin vanhuslähimmäisen hoitotyön perusta. Kun uupunut työntekijä ei jaksakaan kuunnella, mitä tarpeita vanhuksella on ja mitä hän itse osaa ja haluaa tehdä, seuraa usein syyllisyys. Se pahentaa tilannetta ja voi johtaa hoitajan pahenevaan sairastumiskierteseen.

Työyksiköissä on tärkeää pohtia kysymyksiä, joita työntekijä kohtaa arjessa: Miten edistän vanhuspotilaan terveyttä ja hyvää oloa?

Voiko ja pitääkö läsnäoloa mitata? Pitääkö kaikista potilaista tykätä? Miten kestää kärsimys, sairauden paheneminen, vanheneminen ja kuolema osana elämää? Miten kohtaan omat auttamisen rajat? Miten kestää se, ettei ehdi olemaan

vanhuksen lähellä, vaikka pitäisi? Miten kestää siitä syntyvä arvostitiriitä? Miten kohtaan omaiset?

Työyhteisöissä on hyvä etsiä yhdessä vastauksia kysymyksiin ja kehittää toimintatapoja, joiden avulla henkilöstö jaksaa työssään.

Hoitajan ei ole aina helppoa ymmärtää isojen hallinnollisten ratkaisujen vaikutusta käytännön hoitotyöhön. Työpaikalla on tärkeää pyrkiä käsittämään, miten organisaatorakenne tai toimintamalli vaikuttaa työyhteisön toimintaan. Hoitotyöhön kuuluvat niin sanotut välilliset työt, joiden koetaan vievän aikaa varsinaiselta hoitamiselta, ovat usein ymmärrettäviä, kun mietitään toimintaa koko organisaation kannalta.

Työhyvinvoinnin johtaminen

Työhyvinvoinnin johtaminen on keskeinen elementti esimiestyössä. Menestyäkseen organisaation johdon pitää tehdä hyvää henkilöstöpolitiikkaa, taata riittävät henkilöstövoimavarat, sitouttaa henkilöstö ja huolehtia hyvästä osaamistasosta.

Henkilöstön jaksamisen kannalta riittävä työhön perehdyttäminen, kehityskeskustelut ja muut työhyvinvoinnin tukimuodot ovat tärkeitä. Pohjan tyytyväisyydelle luo se, että henkilöstö voi vaikuttaa työhönsä.

Asiajohtaminen perustuu paljolti organisaation strategiaan, sen arvoihin, talouteen, resursseihin ja tuottavuuteen. Vanhusten hoidossa tärkeitä elementtejä ovat työn organisoiminen ja ohjeistusten seuranta sekä ohjaus. Asiajohtaminen tarkoittaa yksilöiden, työyhteisöjen ja koko organisaation hyvinvoinnin analysointia ja tältä pohjalta tehtyä konkreettista kehittämissuunnitelmaa ja -ohjelmaa.

Ihmisten johtaminen (leadership) ja tunnejohtaminen korostavat työntekijän kuuntele-

Vanhusten hoidossa ei mitata sitä, miten paljon sain tänään aikaan. On hyväksyttävä se, että jonkun potilaan hoitaminen, kohtaaminen ja lähellä olo vaativat aikaa.

mista ja hänen tunteidensa huomiointia. Työyhteisötasolla tämä tarkoittaa yhteisön työn kunnioittamista ja työyhteisön tarvitseman tuen antamista. Työyhteisön kehittämisessä ihmisten johtaminen tarkoittaa ratkaisukeisyyttä eli vahvuuksien etsimistä ja huomioiden kiinnittämistä niihin keinoihin, jotka lisäävät työniloa ja innostusta.

Muutosten aikana työhyvinvoinnin johtaminen korostuu, koska toiminta voi olla kaoottista ja suunnitteluvälit lyhyet. Muutosprosessissa on ensisijaista miettiä, kuinka, miten, missä ja millaisin aikatauluin muutoksia toteutetaan, millaisia uudistuksia tarvitaan, kuinka valmistelu-, päätöksenteko- ja toimeenpanomenetelmiä mahdollisesti muutetaan, millaiset ovat taloudelliset reunaehdot ja millaisessa aikataulussa uudistukset toteutetaan. Hyvä muutosjohtaminen on työntekijöiden johtamista muutoksessa. Johtamisen tulisi olla luotettavaa, pitkäjänteistä, osallistuvaa/osallistavaa, ennakoivaa ja tulevaisuuteen valmentavaa.

Työhyvinvoinnin johtamisen yksi keskeinen ulottuvuus on henkilöstön osaamisen kehittäminen. Hyvä työkalu siinä on ammatillinen kehityssuunnitelma, jota on mietitty sekä yksilön kannalta että työyhteisön tarpeista lähtien. Tärkeää on myös asettaa työyhteisön toiminnalle tavoitteet, seurata ja arvioida työsuorituksia ja organisoida työ mahdollisimman hyvin.

Kehityskeskustelu on tärkeä johtamisen väline. Siinä työntekijä ja esimies luotaavat yhdessä työntekijän jaksamista. Esimiehen tulee kiinnittää huomiota työjärjestelyihin kuten työaikamalliin, työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksiin, työntekijän taitojen ja työn asettamien vaatimusten yhteensopivuuteen ja työmäärään. Keskustella pitää myös työoloista ja työympäristötekijöistä kuten työpaikkakuu- saamisesta, väkivallan uhasta, yksintyöskentelystä, melusta, kuumuudesta ja vaarallisista aineista.

Työntekijä saattaa olla epä tietoinen häneen kohdistuvista odotuksista, työllisyysnäkömis- tä tai muutoksista. Jokaisen yksilölliset teki- jät pitäisi kehityskeskustelussa huomioida: henkiset ja sosiaaliset paineet, tunne kykene- mättömyydestä selviytyä ja kokemukset tuen puuttumisesta.

Jos työntekijät voivat huonosti, ongelmiin on tartuttava varhaisessa vaiheessa. Työyhteis- öissä pitää olla siihen erilaisia keinoja, kuten puheeksi ottaminen ja avoin keskustelu. Työ- hyvinvointia työyhteisötasolla voi seurata ja arvioida säännöllisesti erilaisin mittarein esi- merkiksi työhyvinvointikyselyillä ja työkyky- arvioinneilla. Myös laadullisia arviointimalle- ja tulisi käyttää.

Vanhusten hoidossa ei mitata sitä, miten paljon sain tänään aikaan. On hyväksyttävä se, että jonkun potilaan hoitaminen, kohtaami- nen ja lähellä olo vaativat aikaa. Tätä ei aina etukäteen pystytä ennakoimaan.

Työhyvinvoinnin johtamisessa tulisi huo- lehtia siitä, että työ ei jatkuvasti ja kohtuut- tomasti kuormita työntekijää. Tehdäänkö vanhustenhoidossa sellaista työtä, mihin työn- tekijöillä on ammatilliset valmiudet? Vastaus on yleensä: ”Kyllä, tietenkin, siellä hoidetaan vanhuksia.” Seuraavaksi voidaan kysyä, miten työtä tehdään ja kenen ehdoilla. Moni ikään- tynyt, jo kuolemaakin lähestyvä potilas haluaa läheisyyttä. Se ei tarkoita esimerkiksi nopeaa ruokailua, vaan aikaa vievää, potilaan ehdoil- la tapahtuvaa ruokailuhetkeä, jonka aikana vanhus voi yrittää itse syödä, niellä rauhalli- sessa rytmisessä ruokansa ja samalla seurustella sanallisesti tai sanattomasti hoitajan kanssa.

Kun näin ei ole mahdollista tehdä, se aihe- uttaa arvoristiriitoja ja vähentää työntekijän hyvinvointia. Jos henkilö ei tunne olevansa koulutustaan vastaavissa tehtävissä, siitä seu- raa turhautumista ja ahdistuneisuutta. Tähän liittyy henkisten voimavarojen vähentyminen ja itsetunnon heikentyminen.

Kun organisaatioiden tavoitteita määritellään, tulisi huomioida myös työntekijöiden näkemykset. Hoitajat arvostavat joustavuutta. Tämä tarkoittaa työhyvinvoinnin johtamista siten, että työajat joustavat henkilöstönkin tarpeiden mukaan. Nuoret perheelliset työntekijät voisivat sovittaa työn ja perhe-elämän entistä paremmin toisiinsa. Lähellä eläkeikää olevat saisivat sopivia tehtäviä ja tarvittaessa lyhennettyjä työpäiviä tai -viikkoja jaksamisensa mukaan. Tämä vaatii asenne-muutosta niin julkisen ja yksityisen sektorin johdolta ja poliittisilta päättäjiltä kuin myös kansalaisilta ja itse sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöltä.

Hyvinvoinnin johtamisen yksi ulottuvuus on toiminnan eettisyys. Siinä korostuvat johtamisen oikeudenmukaisuus ja laaja-alaisuus. Eettinen johtaminen parantaa organisaation henkilöstön hyvinvointia, potilaiden tyytyväisyys paranee ja tuloksellisuus vahvistuu.

Käytännön johtamistyössä on kyse siitä, onko hyvä ja eettinen johtaminen johtajalle itselle tärkeää. Aidosti tärkeäksi koettu asia muuntuu myös aidoksi toiminnaksi. Eettistä johtamista ei voi teeskennellä eikä se ole ulkoa opittua. Oman eettisen johtamistavan löytäminen vaatii pysähtymistä, omaa sisäistä rohkeutta, laaja-alaisuutta ja kriittistä suhtautumista omiin työskentelytapoihin.

Kirjallisuutta:

- Elovainio, M. Kivimäki, M. & Vahtera, J. 2002. *Organizational Justice: Evidence of Psychosocial Predictor of Health*. *American Journal of Public Health*. Vol 92, No 1/2002.
- Koivumäki, J. 2008. *Työyhteisöjen sosiaalinen pääoma*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. *Sosiaologian ja sosiaalipsykologian laitos*. Tampere.
- Manka, M-L. 2008. *Työhyvinvointi muutoksessa. Tutkimus kuntaliitoksen vaikutuksista henkilöstön työhyvinvointiin*. Anne Luomala (toim.). Synergos. Tampereen yliopiston kauppakorkeakoulu.
- Suonsivu, K. 2008. *Työhyvinvointityö laitoshoidon tuotantoalueella. Työhyvinvointisuunnitelma vuosille 2008–2012*. Tampereen kaupungin hyvinvointipalvelut. *Julkaisuja 4/2008*. Tampereen Yliopistopaino Oy. Painatuskeskus. Tampere.
- Suonsivu, K. 2003. *Kun mikään ei riitä*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. *Hallintotieteen laitos*. Tampere.
- Viitala, R. 2007. *Henkilöstöjohtaminen*.
- Edita, Helsinki.
- Vuori, J. 2005. *Teoksessa: Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus*. Jari Vuori (toim.). WSOY, Helsinki.

Media, terveydenhuolto ja etiikka

Media liikkuu päivittäin terveydenhuollon alueella, useimmiten hyvässä sovussa terveydenhuollon toimijoiden kanssa. Kun median ja terveydenhuollon välille syntyy konflikteja, liikutaan usein sekä terveydenhuollon että journalismin eettisten pelisääntöjen kentillä.

Suomessa eivät enää korostu uskonnolliset, eettiset, tiedolliset tai sosiaaliset arvot. Tilalle ovat tulleet nautinnon, terveyden, vallan ja voiton arvostamiset. Globalisaatio on entistään lisännyt kovaa kilpailua. Talouskilpailu ja siinä menestyminen ovat nyt keskeisiä arvoja.

Hyötyajattelussa etiikka, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, oikeudet ja hyveet nähdään vain haitallisina häiriötekijöinä, jotka voivat estää oman hyödyn maksimoimisen. Terveys voi olla ihmiselle itseisarvo, mutta terveys voi olla myös väline muiden päämäärien saavuttamiseksi. Menestyksen puolesta kamppailu edellyttää nuoruutta, terveyttä ja hyvää kuntoa.

Kaikki nämä arvot näkyvät myös tiedotusvälineissä: lehdissä on omat lifestyle-sivunsa, televisiossa tehdään kauneusleikkauksia ja rasvaimuja, pudotetaan painoa ja kuntoillaan. Eivätkä tiedotusvälineet vain heijastele vallitsevia arvoja vaan myös aktiivisesti ylläpitävät niitä ja luovat uusia.

Terveysviestintä ei mene perille

Suomalaiset luottavat suuresti järjestöjen ja terveydenhuollon ammattilaisten terveystiedistävään viestintään. Tämä käy ilmi tutkimuksesta, jonka Terveiden edistämisen keskus tilasi Helsingin yliopiston viestinnän tutkimuskeskukselta CRC:lta. Samasta tutkimuksesta ilmenee myös se, että terveysviestintä ei nykykeinoin tavoita niitä, joiden terveyttä haluttaisiin eniten edistää.

Terveysviestintä ei saavuta pienituloisia, vähän koulutettuja eikä niitä, jotka ovat työelämän ulkopuolella. Useimmiten he ovat miehiä, jotka eivät käytä internetiä eivätkä lue sanomalehtiä. Sen sijaan he lukevat runsaasti aikakauslehtiä ja katsovat paljon varsinkin kaupallisten tv-kanavien viihdeohjelmia. Tutkimusjohtaja Hannu Nieminen näkee terveysviestinnän ulkopuolelle jäämiseen kaksi toisiinsa kietoutuvaa syytä.

– Nykyisessä mediayhteiskunnassa sosiaalinen toimintakyky edellyttää paljon aiempaa monipuolisempia valmiuksia seurata ja hallita mediaa, sanoo Nieminen Promo-lehden haastattelussa. – Samanaikaisesti on käynnissä eriarvoistuminen, joka ilmenee korkeana nuorisotyöttömyytenä, julkisten koulutus- ja sosiaalimenojen supistumisena sekä tuloerojen kasvuna.

Lehtiaineistossa yleisimmät toimitukselliset teemat olivat henkinen hyvinvointi ja tasa-paino. Paljon käsiteltiin myös terveellistä ruokaa ja painon hallintaa. Lehdistä puuttuivat

lähies kokonaan jutut liikunnan ja tupakoimat-
tomuuden vaikutuksista terveyteen.

Yleisimmin mainostetut tuotteet olivat luontaistuotteita ja apteekin itsehoitotuotteita. Tutkimuksen tekijöiden mukaan mainosten painottuminen erilaisten itsehoitotuotteiden ilmoitteluun kuvaa terveyden edistämisen kaupallistumista. Terveyttä myydään voiteina, pillereinä ja tehokuureina. Terveystuotteiden ostaminen voi myös olla monelle helpompaa kuin omien piintyneiden elämäntapojen vaihtaminen terveellisemmiksi. Terveystuotteita käytetään myös ”varmuuden vuoksi ” lisäksi terveille elämäntavoille. Monet terveystuotteiden markkinoijat kohdistavatkin päähuomi-
onsa jo muutenkin terveellisesti eläviin, koulutettuihin ja maksukykyisiin, useimmiten keski-ikäisiin naisiin.

Valtaosa suomalaisista on sitä mieltä, että median tapa käsitellä terveyttä on asiantuntevaa ja asiallista. Samalla kuitenkin yllättävän moni, lähes 40 prosenttia, kertoo sen lisäävän ahdistusta ja pelkoa. Tietoa on paljon, ja se on myös ristiriitaista. Lisäksi kaupalliset intressit vaikuttavat siihen, mitä kerrotaan. Esimerkiksi isosta tutkimuksesta iltapäivälehdet saattavat tuoda esiin vain jonkin raflaavan yksityiskohdan.

Median merkitys kansanterveydelle

Silti medialla on keskeinen merkitys kansanterveydelle.

– Media on omalta osaltaan vaikuttanut siihen, että sydänkuolleisuus on Suomessa pienentynyt, sanoo pääjohtaja Pekka Puska Sydänliiton verkkolehdestä. – Kyse on vuorovaikutuksesta, ei sanelemisesta. Tiedotusvälineet toimivat omilla ehdoillaan, eivätkä terveysalan ehdoilla.

Samassa lehdessä TV1:n kehityspäällikkö Armi Kynäräinen kertoo Elämä pelis-

sä -ohjelmasta. Pyrkimyksenä oli tunnettujen henkilöiden avulla saada ohjelmalle katsojia ja katsojille samaistumiskohteita. Kynäräisen mukaan tavoitteena oli myös vaikuttaa tunteiden kautta.

Monet ongelmat, kuten lihavuus, ovat myös yhteiskunnallisia ongelmia, ja niihin vaikuttaminen on myös terveysviestintää. Media voi vaikuttaa yhteiskuntaan ja politiikkaan nostamalla yhteiskunnalliset ongelmat esille. – Median ansiosta meillä on uusi tupakkalaki ja alkoholiverotuksesta on keskusteltu vilkkaasti, toteaa Puska.

Helsingin Sanomien puoli vuotta kestänyt läskikampanja sekä ärsytti että ihastutti.

– Emme liittoutuneet laihojen ja menestyneiden kanssa ylipainoisia vastaan. Teimme paljon taustatyötä ja tiesimme, että ylipainolla ja yhteiskunnallisella asemalla on yhteys, kertoo päätoimittaja Reetta Meriläinen Sydänliiton verkkolehdestä.

– Koko kampanjan ajatus perustui siihen, että ylipaino on johtava kansanterveysongelma ja ihmiset on tehtävä tietoisiksi sen riskeistä. Sanomalehden roolina ei ole perinteisesti niinkään neuvoa, vaan välittää faktoja. Me halusimme antaa eväitä omakohtaisiin ratkaisuihin sekä innostaa ja kannustaa laihduttamaan, emme syyllistä, Meriläinen sanoo.

Mihin pakenemme heikkoutta?

Tommy Hellsten kirjoittaa uusimmassa kirjassaan Uhanalainen ihminen, että vahvuuteen sairastuminen tapahtuu siten, että aletaan palvoa ”ei-heikkoutta”. Hän kysyy, miksi voisi olla kaikkein suurin heikkous, heikkouden äärimmäinen ilmenemismuoto? Ja vastaa: se on kuolema. Kuolema on se kohta elämää, jolloin meidät lopullisesti riisutaan omasta voimastamme. Meistä tulee täydelliseen avuttomia, luovomme kaikesta suvereeniudesta, luovomme lopulta jopa kehostamme.

Mihin siis pakenemme heikkoutta, kun emme ole vielä valmiit kohtaamaan sitä? Luonnollisesti siihen, mikä on mahdollisimman kaukana kuolemasta. Pakenemme sitä nuoruuteen.

Nuorena kaikki on edessäpäin, olemme silloin kauniita ja vahvoja, iho on kimmoisa, rinnat eivät roiku, tukka on tuuhea ja hampaat valkeat. Nuorena emme vielä ole oivaltaneet elämän olevan hauras ja haavoittuva, kirjoittaa Tommy Hellsten.

Media kammoksuu vanhuutta

Länsimaisen kulttuurin nuoruuden ihannointi ja vanhuuden pelko näkyy mediassa monin tavoin. Televisio-ohjelmissa sankarit ovat nuoria tai vähintäänkin botoxilla ja kauneusleikkauksilla päivitettyjä kopioita haavoittumattomasta nuoruudesta.

Aikakauslehtien kansikuvat, julkkisten mylly ja televisio-ohjelmien haastateltavat ovat nuoria tai korkeintaan keski-ikäisiä. Viisaille, elämää kokeneille, elämästään nauttiville aidosti vanhoille ihmisille on harvoin tilaa. Mediassa näkyvästä vanhuudesta on tullut sairautta ja geriatria.

Vanhusten hoidossa Suomessa on suuria ongelmia, sitä ei kai kukaan kiistä. Tässä media heijastelee todellisuutta. Mutta kun vanhuudesta mediassa tulee yksipuolisesti vanhusten hoidon ongelma, kuva vanhuudesta väkisinkin kapeutuu. Kun tähän vielä lisätään Tommy Hellstenin kuvaama nuoruuden ihannointi, vanhuus mediassa on muuttunut yksinäisyydeksi, dementiaksi, ylilääkitykseksi, vanhoiksi vaipoiksi, unohdukseksi. Tämä puolestaan heijastuu mielikuvana yhteisön elämään ja arvostuksiin.

Kirjailija Merete Mazzarella sanoo Kuntalehden haastattelussa, että ajatus kuolinavustakaan ei ole täysin epärealistinen. – Jos vaihtoehdot ovat huono vanhustenhoito tai se, että on vaivana lapsilleen ja lapsenlapsilleen, voi

olla todennäköistä, että päädytään pitämään kuolinapua hyvänä vaihtoehtona. Jo nyt meidän sukupolvellemme on aika epämiellyttävää koko ajan kuulla, kuinka suuri ongelma olemme.

Kuolemasta tuli pornoa

Kun tapahtuu suurkatastrofeja, kuten Estonian turma ja tsunami, olemme ymmällämme, sillä meillä ei ole keinoja kuoleman käsitteilyyn, sanoo Merete Mazzarella.

– Monet kuoleman käsittelyä tukevat instituutiot on purettu pois. Kuka enää käyttää suruharsoa tai surua osoittavaa surunappia? Siksi koetaan paremmaksi piilottaa suru ja pitää se omana tietona.

Mutta koska kuolema on osa elämää ja me myös tiedämme niin olevan, etsimme Mazzarellan mukaan yhteyttä kuolemaan muilla keinoin.

– Etsimme kuolemaa, joka olisi turvallisen etäisyyden päässä, kepinnokassa kuten elämäkin. Kun avaa tv:n miltä kanavalta tahansa mihin aikaan tahansa, pääsee keskelle murhia, tappoja, sotaa ja väkivaltaa. Olemme luoneet viihteellisen kuoleman ja tehneet siitä hampaattoman ja kesyn.

Samasta asiasta kirjoittaa professori Merja Salo HS:n kolumnissaan Keskellä viikkoa. Hän kirjoittaa, että kuolemasta on tullut säädyttöä, pornoa. Kuoleminen oli aikaisempina vuosisatoina varsinainen esitys. Hyvä kuolema oli rituaali. Sen keskus ja näyttämö oli kuolinvuode. Kuoleva ohjasi esitystä ja teki sovinnon itsensä ja läheistensä kanssa, antoi anteeksi ja rukoili armoa. Huono kuolema oli äkillinen ja odottamaton. Rituaalit jäivät suorittamatta, kuoltiin valmistautumatta.

Merja Salon mielestä television kuolinporno liittyy kuoleman kieltämiseen ja kätkemiseen. 1800-luvulla säädyttöä oli seksi, 1900-luvulla kuolema. Hän pohtii, miksi taval-

lisen ihmisen kuoleman käsittelyä televisiossa vastustetaan, vaikka fiktiossa, elokuvissa ja peleissä tapetaan surutta. Hän kirjoittaa, että torjuttu tulee sisään sivuovesta, kun yritetään fiktiivisesti kontrolloida pelottavaksi muuttunutta, villiintynyttä kuolemaa.

Televisiokin osallistuu torjuntaan näyttämällä huonoja kuolemia, murhia ja väkivaltaisuuksia. Voiko sama väline myös palauttaa kuoleman osaksi yhteisöä ja kulttuuria? Tässä Salo viittaa kuolevien viimeisistä sanoista tekeillä olevaan TV2:n tilaamaan televisio-ohjelmaan. Ohjelma on herättänyt jo tekovaiheessa kohun: onko sopivaa näyttää televisiossa oikeaa kuolemaa? Kolumnissaan Merja Salo toteaa, että ainakin se voi tehdä kuolemasta julkisemman ja vähemmän salattun. Suuret ikäluokat muuttavat vielä kerran kulttuuria.

Uhka, toivo ja hallinta

Lääketiede on suosittu aihe mediassa. Monien kyselytutkimusten mukaan lääketiede ja terveys kiinnostavat kansalaisia enemmän kuin muut tieteet. Lääketiede myös sopii hyvin median uutiskriteereihin: lääketiede tuottaa jatkuvasti uutta. Lääketiedettä koskevat uutiset käsittelevät elämän ja kuoleman peruskysymyksiä, ja niitä on helpompi dramatisoida kuin muita tiedeaiheita.

Professori Esa Väliverronen kirjoittaa *Duodecim*-lehdessä, että lääketiedettä ja terveyttä käsittelevien uutisten kaksi päätyyppiä ovat lääketieteen keksintöjä ja ”läpimurtoja” sekä pelottavia sairauksia koskevat uutiset. Uutisissa käytetään toistuvasti uhkan, toivon ja hallinnan retoriikkaa. Uhkan retoriikkaan kuuluu sairauksien ja terveysriskien dramatisointi pelottaviksi ja hallitsemattomiksi. Toivon retoriikkaa viljellään uusista keksinnöistä ja hoitomuodoista kertovissa jutuissa. Hallinnan retoriikka korostaa lääketieteen auktori-

teettiasemaa terveystiedon tuottamisessa ja tulkinnassa.

Jännitteitä syntyy

Useiden tutkimusten mukaan lääketieteen edustajat pystyvät suhteellisen hyvin kontrolloimaan julkista keskustelua ja tiedonkulkua terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Tässä suhteessa lääketiede poikkeaa monista muista instituutioista.

Median ja journalismin pelisääntöihin kuuluu oletus, jonka mukaan toimittajat hallitsevat itse pääosin julkisuutta ja toimivat yhteiskunnan muiden instituutioiden ”vah-tikoirana”. Lääketiede instituutiona on suhteellisen harvoin julkisen kritiikin kohteena, yhtenä poikkeuksena julkisen terveydenhuollon resurssit.

Vaikka lääketiede on usein esillä positiivisessa valossa, käytännössä tutkijoiden ja toimittajien välillä syntyy ajoittain myös jännitteitä. Yksi tyypillinen tutkijoiden kritiikin kohde on se, että media paisuttelee sairauksia ja terveysriskejä. Se, mikä tutkijoiden mielestä näyttää virheeltä tai epätasällisyydeltä, on usein toimittajan mielestä pyrkimystä puhutella tavallisia lukijoita tai televisionkatsojia ammattislangin sijasta yleiskielellä.

Kysymys on myös vallasta eli siitä, kuka kontrolloi viestintäprosessia ja sen lopputulosta, kirjoittaa professori Esa Väliverronen. Lääketieteen edustajat katsovat usein, että heidän kuuluu kontrolloida omaan alaansa liittyvää tiedonkulkua myös mediassa samaan tapaan kuin omalla ammattikentällään.

Tämä istuu kuitenkin huonosti median toimintalogiikkaan, jota määrittävät median ja toimittajien omat, itsenäisyyttä korostavat toimintaperiaatteet ja eettiset säännöt. Toimittajat katsovat, että heidän ei tule toimia minkään yhteiskunnallisen ryhmän äänitorvena.

Monimutkaistuva tieto – yksinkertaistuva journalismi

Suomessa ja Euroopan unionissa lainsäädäntö kieltää potilaille suuntautuvan reseptilääkemarkkinoinnin. Kuitenkin potilaan roolin muuttuessa aktiivisemmaksi on myös lääketieteellisyydelle syntyessä ”sosiaalinen tilaus” suunnata lääkeinformaatiota suoraan potilaille. Internetiin rakennetaan jatkuvasti sivustoja erilaisten sairauksien ympärille. Vaikka internetin rooli tietolähteenä kasvaa koko ajan, perinteiset tiedotusvälineet ovat silti suomalaisten tärkeimpiä terveystiedon lähteitä.

Koska suoranainen markkinointi ja mainonta ovat kiellettyjä, jää yhdeksi tärkeäksi keinoksi journalismin sisältöihin vaikuttaminen. Lääketieteen toimittajien mukaan paineet ovatkin viime vuosina kasvaneet tähän suuntaan. Tämä selviää heille tehdystä kyselystä.

Varmistaakseen positiivisen julkisuuden ja torjuakseen negatiivisia ilmiöitä lääketieteen edustajat käyttävät yhä enemmän myös PR-toiminnan ammattilaisia kontrolloidakseen terveyttä koskevaa viestintää ja omaa julkisuuskuvansa.

Suomalaisessa toimituskulttuurissa lääketiedettä tai terveystieteitä ei vielä tunnusteta omaksi erikoksalakseen: ani harvassa tiedotusvälineessä on nimetty terveys-toimittajaa. Lääketieteen toimittajien mielestä onkin aiheellista kysyä, miten käy terveysjournalismin laadun ja puolueettomuuden, kun lääketieteellinen tutkimus monimutkaistuu ja taloudelliset ja poliittiset paineet mediasisältöjä kohtaan kovenevat?

Journalismissa – varsinkin uutisissa – sanoma joudutaan yksinkertaistamaan. Sama lainalaisuus koskee lääkkeitä käsitteleviä juttuja. On kuitenkin olennaista, että lääkeaiheisia juttuja tekevät toimittajat – sekä heidän esimiehensä – tiedostavat aihepiirin monitahoisuuden, korostavat kyselyn tekijät. Vain

siten riippumattomaan journalismiin kohdistuvat yhä voimakkaammat ulkopuoliset paineet voidaan torjua.

Katastrofit Kuurilasta Konginkankaalle

Suuronnettomuudet ovat journalismille näytön paikka: tavallista enemmän palstatilaa, leveämmät otsikot, suuremmat kuvat ja sähköisen median puolella jatkuvat lähetysvirrat antavat toimituksille mahdollisuuden käyttää koko arsenaaliaan. Kun jotain rutiinista poikkeavaa tapahtuu, myös journalismi tuntuu tavallista tärkeämmältä, esimerkiksi uutisten ja ajankohtaisohjelmien katsojaluvut moninkertaistuvat normaalista. Samalla suuronnettomuudet ovat journalismin eettisen toiminnan kannalta paljastavia.

Suuronnettomuuksissa kysymykset journalismin laadusta heräävät yhtä herkästi kuin toimittajien arviot siitä, olivatko viranomaiset kunnolla varautuneita. Usein journalismia arvosteltaessa keskustellaan sen muutoksesta. Arvostelijat näkevät sensaationalismin, dramatisoinnin ja asioiden paisuttelun saavan yhä enemmän tilaa, ja he varoittavat, että tien päässä odottaa journalististen hyveiden rappeutuminen ja koko ammatin julkisen merkityksen romahdus.

Seuraavassa siteeraan lehtori Kari Koljosen ja professori Risto Kuneliuksen kirjoittamaa artikkelia Journalismikritiikin vuosikirjaan vuodelta 2005. He olivat tutkineet Kuurilan junaonnettomuuden (1957), Lapuan patruunatehtaan räjähdysen (1976) ja Konginkankaan bussiturman (2004) uutisointia.

”23 unelman romahtaminen”

Omaisten haastatteluja ei ollut vielä Kuurilan onnettomuuden uutisoinnissa eivätkä tapauk-

sesta kirjoittaneet toimittajat pohtineet lainkaan omaa rooliaan. Lapualla uhrien omaisia haastattelivat erityisesti aikakauslehdet.

Nyky-Suomi ajattelee ja tulkitsee maailmaa nopeasti ja näkyvästi globalisoituvan ns. kilpailutalouden ajan logiikalla. Sille on ominaista yksilönvapauden kohoaminen tärkeäksi periaatteeksi ja asiantuntijavaltaisuuden kyseenalaistaminen. Konginkankaan onnettomuutta selostava journalismi korostaakin yksittäisten ihmisten kärsimystä, 23 unelman romahtamista.

Kirjoittelun pohjavireenä voi nähdä ajan hengen, joka on menettänyt aimo annoksen uskostaan elämän ja yhteiskunnan ongelmien hallintaan. Samalla journalismi tekee itsensä hyödyllistä toisella tavalla: se voimistaa yhteisen tunteen kokemusta ja korostaa, että nämä tunteet on hyvä elää yhteisesti ja julkisesti läpi.

Kyse on journalistisen ammattitaidon kehityksestä ja monelta osin journalismin parantumisesta. Kehityksen suunnasta pitää myös esittää kriittisiä kysymyksiä. Koljonen ja Kunelius pohtivat, missä määrin ns. tavallisten ihmisten kohtaloiden, tunteiden ja kärsimysten julkaisemisessa on kyse siitä, että viimeisetkin yksityisyyden nurkat on käännettävä nurin ja vedettävä kaupallisen julkisuuden raaka-aineeksi? Jos julkisuuden henkilön yksityisyyden suoja voi madaltaa viittaamalla hänen vaikutusvaltaansa ja vastuuseensa, voiko rivikansalaisen yksityisyyden suojaa alentaa sanomalla, että hänen kokemuksensa on yhteisen surutyön nimissä yhteiskunnallisesti tärkeä?

Teknisen, viileän ja kapeasti ymmärrettyinä faktapohjaisen uutisoinnin ohi on noussut yhteisyyden luomisen pakko ja halu. Tämän tehtävän toteuttamisessa onnettomuusutiset näyttävät olevan hedelmällistä materiaalia: kuolemassa, kärsimyksessä, sattumassa ja kohtalossa on ainekset uutiseen, jonka äärellä pirstaloitunut ”suuri yleisö” vielä jotenkin tun-

nistaa itsensä. Näiden ”syvien” yhteisten kokemusten tai arvojen löytäminen on – hyvässä ja pahassa – samalla populaarijournalismin kaupallisen vetoavuuden yksi ydinaines, kirjoittavat Koljonen ja Kunelius.

Viranomaisia nopeampi media

Median keskeisin tehtävä on silti tiedonvälitys. Onnettomuuksissa ja katastrofeissa lähiomaiset saavat tietoa myös viranomaisilta, mutta kokemus osoittaa, että nykyisin median antama tieto on nopeampaa ja tiedonvälitys tehokkaampaa kuin virallinen tiedonkulku.

Esimerkiksi Jokelan junaonnettomuudessa ensimmäisten uutisten joukossa oli, että onnettomuudessa kuoli neljä ihmistä, heidän joukossaan junan kuljettaja. Lähiomaiset luonnollisesti tiesivät, kuka oli kuljettajana junassa. Samoin Konginkankaan bussionnettomuuden yhteydessä useimmat omaiset tiesivät, millä bussilla heidän läheisensä olivat matkalla. Sitä mukaa, kun saatiin tietoja loukkaantuneista, vahvistui tieto läheisen menetyksestä. Virallinen tieto tuli usein monen tunnin, jopa vuorokauden kuluttua.

Jokelan koulusurmien uutisointi

Journalismin onnistumista Jokelan koulusurmien uutisoinnissa on arvioitu ristiriitaisesti. Tämä käy ilmi Tampereen yliopiston Journalismin tutkimusyksikön mediatutkimuksesta. Jokelan nuorten, uhrien omaisten ja paikalla työskennelleiden kriisityöntekijöiden arviot median toiminnasta vaihtelevat mallillisen kriittisistä hyvin jyrkkään arvosteluun.

Erityisesti jokelalaisia lähimpänä olevassa aluelehdessä koettiin, että paikoin arvostelu yltyi suoranaiseksi mediavihaksi, joka kohdistui suhteellisen erittelemättömästi koko ammattikuntaan.

Kielteinen suhtautuminen tiedotusvälineitä kohtaan levisi Jokelassa nopeasti. Kertomuksia ikävistä kohtaamisista kerrottiin jo tapahtumapäivänä. Pian kaikki välttelivät toimittajia eikä haastatteluja enää haluttu antaa. Uhrien kohtaamisesta tuli myös tiedotusvälineiden edustajille epämiellyttävää.

Tutkimuksen mukaan journalistien ja uhrien kohtaamiseen vaikutti myös poliisin ja muiden viranomaisten tiedottamisen puutteellisuus sekä heidän ja kriisityöntekijöiden kyvyttömyys tai haluttomuus suojata asianomaisia median paineilta. Järkyttyneet nuoret ja heidän vanhempansa jäivät monesti yksin, vaikka juuri he olisivat kaivanneet entien suojelua.

Tutkijat korostavat, että journalisteja pitää kouluttaa kohtaamaan tilanteet, jotka järkyttävät sekä asianosaisia että tiedotusvälineiden edustajia itseään. Tutkijoiden mielestä olisi suotavaa, että yleisen yhteiskunnallisen keskustelun lisäksi myös eri kriiseissä toisensa kohtaavien ammattilaisten keskinäinen dialogi kehittyisi ja johtaisi uusiin käytäntöihin. Rikosten ja onnettomuuksien käsittelyssä tiedottaminen ja journalismi eivät ole pääasioita. Silti ei ole syytä vähätellä journalistien, kriisityöntekijöiden, poliisin ja muiden viranomaisten yhteisten pelisääntöjen kehittämisen merkitystä.

Toimittajatkin ovat ihmisiä

Salli Saari kirjoittaa Journalismikritiikin vuosikirjassa (2005), että suomalainen media on valtaosaltaan vastuuntuntoista ja osaa käsitellä järkyttäviä uutisia empaattisesti. Saaren mielestä se on kiitettävällä tavalla ottanut yhteiskunnallista ja psykologista vastuuta uhrien psyykkisten reaktioiden käsittelyssä. Olenainen tieto on myös se, että tällainen reaktio käynnistyy jokaisessa, joka altistuu uutiselle.

Salli Saari korostaa toimittajien ja kuvaajien vastuuta. Hän kirjoittaa, että media ei tahallisesti halua lisätä ihmisten tuskaa. Toimittajat ja kuvaajat eivät vain tule ajatelleeksi toimintansa seurauksia tai eivät tiedä, mitä nämä seuraukset saattavat olla. Siksi median edustajat tarvitsevat koulutusta kriisipsykologiasta.

Toimittajat ja kuvaajat ovat usein ensimmäisten joukossa onnettomuuspaikalla. He altistuvat järkyttävälle näyille ja kokemuksille. Kuitenkaan toimittajien ja kuvaajien omien, työssään kokemien traumaattisten kokemusten purkuun ja jälkihoitoon ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Jos onnettomuus ja sen uhrin eivät herätä toimittajissa ja kuvaajissa omia reaktioita tai tunteita, eivät he myöskään pysty kuvaamaan uhrien tunteja.

Kirjallisuutta:

- Hellsten, T. 2008. *Uhanalainen ihminen. Kirjapaja.*
- Järvi, U., Vuorenkoski, L., Vainikainen, T. 2005. *Toimittaja taiteilee lääkeviestinnän ristiaallokossa, Kysely lääketieteen toimittajien näkemyksistä lääketiedon tuottajista ja tiedon luotettavuudesta. Tiedotustutkimus.*
- Koljonen, K, Kunelius, R. 2005. *On vain yhteinen suru, Onnettomuusjournalismin muutossuuntia Kuurilasta Konginkankaalle 1957–2004. Journalismikritiikin vuosikirja.*
- Raittila, P., Johansson, K., Juntunen, L. ja muut. 2008. *Jokelan koulusurmat mediasa. Journalismin tutkimusyksikkö. Tampereen yliopisto.*
- Saari, S. 2005. *Media – katastrofin uhrien vihollinen vai kriisiprosessin tukija. Journalismikritiikin vuosikirja.*

Vammainen terveydenhuollon asiakkaana

Vammaiselle ihmiselle on suuri merkitys sillä, kuinka heitä hoidetaan ja miten terveydenhuollon ammattilaiset vaikuttavat heidän elämäänsä.

Vammaisuutta on aikaisemmin tarkasteltu paljon lääketieteellisestä näkökulmasta: se on nähty sairautena, jota ei pystytä parantamaan. Lääketieteen pitkä varjo näkyy edelleen muun muassa etuisuuksien tai palvelujen myöntämisessä. Ajatellaan, että vain lääkäri pystyy objektiivisesti määrittelemään vamman laadun ja vaikeusasteen.

Ajankohtainen esimerkki tästä on niin sanottu haittaluokitus, jota alun perin piti valmistella vakuutusyhtiöiden tarpeeseen ja palvelemaan tapaturmavakuutusta, jotta korvaukset olisivat oikeita ja oikeassa suhteessa toisiinsa.

Haittaluokitusta uudistettaessa lääkäreiden konklaavi on ajatellut, että apuvälineiden kehittymisen vuoksi myös vamman aiheuttamat haitat ovat vähentyneet. Samaan haittaluokitukseen on sisällytetty myös muun muassa kehitysvammaisuus, jolla ei ole mitään tekemistä tapaturmien kanssa.

Tarkoitus onkin käyttää haittaluokitusta alkuperäistä tarkoitustaan paljon laajemmin. Sitä käytetään muun muassa invapysäköintilupia myönnettäessä tai erilaisista Kelan etuisuuksista päätettäessä.

Vammaispalvelulakia 20 vuotta sitten laadittaessa ja nyt uudistettaessa on pyritty irtaantumaan lääketieteellisestä lähestymistä-

vasta. Arvioinnin suorittaa ensisijaisesti sosiaalityöntekijä ja toissijaisesti oikeuden tuomari. Lääkärin lausunto ei ole määräävä, vaan ainoastaan yksi arvio muiden joukossa. Vaikka näin on pyritty toimimaan 20 vuotta, ajatusmalli ei ole läpäissyt järjestelmää vielä kunnolla. Lääkärin lausunnolla on edelleen liian suuri merkitys.

Esteettömyys lisäisi yhdenvertaisuutta

Vammaisuutta on pyritty lähestymään sosiaalisenä kysymyksenä – yksilön ja ympäristön välisenä suhteena. Parhaiten tämän ymmärtää, kun katsoo fyysistä ympäristöämme. Esteettömyys ja saavutettavuus ovat nykyaikaisia termejä. Rakennetun ympäristön esteettömyydestä tuli ensimmäinen asetussoinen määräys vuonna 1973. Tuolloin keskityttiin vain julkisiin tiloihin. Nykyään määräykset koskevat kaikkia tiloja, joihin ihmisten tasa-arvon nimissä täytyy päästä. Viimeisin laajennus toi mukaan työpaikat ja asunnot.

Esteettömyys ei ole kuitenkaan edennyt määräysten edellyttämällä tavalla, vaan normeista on luisteltu. Lainsäädäntö edellyttää, että pientaloihin on esteetön sisäänkäynti, ellei maasto aiheuta ylittämättömiä ongelmia. Tasamaalle rakennetulla Vaasan asuntomesualueella vain yhteen pientaloon oli esteetön sisäänkäynti. Kerrostaloihin esteetön sisäänkäynti on usein pihan puolelta, ja huo-

nosti liikkuvat joutuvat kulkemaan pisimän reitin. Esteettömyys on joutunut vasta- tuuleen: muun muassa Helsingin kaupunki on hakenut kahdelle asuntoalueelle vapautusta esteettömyysnormeista.

Joukkoliikenne on kehittynyt viimeksi kuluneen 15 vuoden aikana huimasti. Ensimmäinen bussi, johon oli asennettu luiska, otettiin käyttöön Helsingissä 1993. Nykyään yli 80 prosenttia bussiliikenteestä on esteetöntä. Raitiovaunuliikenne on muuttumassa matalalattiakaluston myötä esteettömäksi. Kaukojuna- liikenne ja intercity-liikenne ovat esteettämiä. Lähiliikenne pääkaupunkiseudulla muuttuu seuraavien viiden vuoden aikana esteettömäksi. Nämä ovat valtavia laadullisia parannuksia, ja ne muuttavat monien vammaisten ihmisten elämäntapoja paljon.

Eduskunta hyväksyi syksyllä 2008 vammais- palvelulain muutoksen. Se antaa vaikeavammaisille subjektiivisen oikeuden henkilökohtaiseen apuun. Tätä uudistusta vammaisjärjestöt ovat ajaneet kaksi vuosikymmentä. Laki rajaa subjektiivisen oikeuden ulkopuolella ne, joiden toimintakyky on rajoittunut iän takia. Mikä on iän tuomaa toimintakyvyn alentumista ja mikä vammaisuutta, on tietenkin hankala kysymys. Rajankäyntiä tullaan todennäköisesti tekemään oikeudessa tulevana vuosina. Toivottavasti tämä kysymys ei kuitenkaan medikalisoi päätöksentekoa liikaa.

Jos ympäristö olisi esteetön ja apua saisi tarpeeksi, vammaisuuden aiheuttamat haitat vähenisivät oleellisesti ja mahdollisuus elää ja asua yhdenvertaisesti muiden kanssa paranisi merkittävästi.

Tämä kuvaakin vammaispolitiikan neljättä vaihetta, ihmisoikeusaikakautta, joka konkretisoituu YK:n vammaisten syrjinnän kieltävän sopimuksen syntymisessä vuonna 2007. Sopimuksen keskeisiä periaatteita on tuoda vammaisten ihmisten oikeudet olemassa olevien ihmisoikeuksien piiriin. Näinhän on ollut periaatteessa jo aiemmin, mutta ei käytännössä.

Vammaisuuteen on katsottu kuuluvan sen, että kaikkialle ei pääse ja että monet ovet eivät vain avaudu. Vammaisten koulutustaso on edelleen matalampi kuin väestön keskimäärin, vammaiset ihmiset jäävät usein työelämän ulkopuolelle ja tulotaso on matalampi kuin muilla.

Suomi on allekirjoittanut syrjinnän kieltävän sopimuksen, mutta tätä kirjoitettaessa ei vielä ole ratifoinut sitä. Ongelmana ovat toisaalta kotikuntalain rajoitukset ja toisaalta laitosten valvonta. Kotikuntalaki estää vammaisia ihmisiä valitsemasta omaa kotikuntaansa vapaasti niissä tilanteissa, jossa hän asuu sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Vammaisen, joka tarvitsee jostain syystä toisen ihmisen apua, katsotaan potilaaksi.

Laitos – paras paikka?

Laitoskysymys on hankala, vaikka asiasta on puhuttu ainakin kaksi vuosikymmentä. Kehitysvammalaitoksissa asuu aivan turhaan parituhatta ihmistä. Perusteluna on aina käytetty vammaisen ihmisen etua.

Kun Ylöjärvellä surmattiin kehitysvammalaitoksen asukas, julkinen sana kiinnitti huomiota ennen kaikkea hoitajien hyvinvointiin ja ahdistukseen. Se, mitä laitoksessa asuvat kehitysvammaiset ajattelevat siitä, että yksi heistä surmattiin, jätettiin vähemmälle huomiolle.

Kun Kynnys ry esitti laitoshoitoon kohdistuvaa kritiikkiä, saimme henkilöstöltä paljon palautetta kritiikin kohtuuttomuudesta. Katsottiin, että laitokset ovat edelleen paras ja ainoa paikka vammaisille ihmisille. Olisiko näin puhuttu, jos kyseessä olisi ollut joku muu ihmisryhmä tai jos surma olisi tapahtunut jossain muualla kuin vammaisille tarkoitettussa laitoksessa?

Aika usein tuntuu, että terveydenhuoltohenkilöstön suhteellisuudentaju on kadonnut.

Jotenkin kuvittelisi, että henkilöstö olisi eturintamassa vaatimassa laitosten lopettamista, sillä juuri he näkevät ahdingon läheltä. Laitoksista puhuessamme palaamme ajattelussa helposti taaksepäin perinteiseen lääke- ja hoitotieteelliseen maailmaan: joku muu kuin vammainen itse tietää paremmin, mikä vammaisille on hyväksi.

Sikiötutkimus ja selektiivinen abortti

Elämän alkuun liittyy kysymys siitä, kuinka paljon tulevasta lapsesta on hyvä tietää. Nykyään on aivan normaalia selvittää, onko lapsi tyttö tai poika. Suomessa tällä ei ole yleensä merkitystä.

Kiinassa taas on. Yhden lapsen politiikka on voimakkaasti vähentänyt tyttölasten syntymistä, koska vanhemmat haluavat ensisijaisesti vain poikia.

Suomessa ongelmia ilmaantuu, kun selvitetään, mitä mahdollisia poikkeamia tulevasta lapsesta voi löytyä. Onko sikiöllä niskapoimu, josta voidaan päätellä kehitysvammaisuus, löytyykö lapsivesi- tai veritestissä poikkeamia, jotka viittaavat mahdolliseen vammaisuuteen tai sairauteen? Tulosten selviämisestä päätöksentekoon mahdollisesta abortista on aikaa vain muutama viikko. Vanhemmat, useimmiten äiti, joutuvat eettisten valintojen eteen yllättäen. Tutkimusprosessi alkaa viattomasta varmistelusta.

Meidän terveydenhuoltojärjestelmämme teeskentelee olevansa neutraali ja antavansa vanhempien päättää mahdollisesta abortista. Kuitenkin koko järjestelmä on rakennettu siten, että ”oikea” johtopäätös on abortti. Vammaisen lapsen syntyminen on paha ja kielteinen asia. Meillä ei ole juurikaan tukijärjestelmiä siihen, että kannustettaisiin ottamaan vastaan juuri se lapsi, mikä on tullakseen. On helposti ymmärrettävää, että sikiötutkimusten ollessa auto-

maattinen osa raskaudenaikaista terveydenhoitoa, tämä johtaa tavattoman usein aborttiin sikiön mahdollisen vammaisuuden takia.

Voi kysyä, mitä varten järjestelmä on rakennettu. Olisi ymmärrettävää, jos sikiöitä tutkittaisiin, jotta vammoja tai sairauksia voitaisiin parantaa. Näin tapahtuu harvoin. Esimerkiksi Downin oireyhtymän selvittämistä ei voi perustella tulevan lapsen tai perheen erityisillä kärsimyksillä. Tosielämässä perheet ja Downin oireyhtymää sairastavat ihmiset elävät tavallista elämää normaaleine murheineen, eivät onnettomampina tai onnellisempina kuin muut.

En tietenkään halua tuomita yksittäistä äitiä tai isää, joka on tehnyt selektiivisen abortin. Haluan, että lääkärit ja hoitajat pysähtyvät ajattelemaan tätä kysymystä aiempaa laajemmin. Mitä todella tehdään?

Vammaisten ihmisten kannalta ei ole merkityksetöntä, ovatko he tai olemmeko me tervetulleita tähän maailmaan. Kuinka erottaa epätoivottu syntymä epätoivotusta olemassaolosta? Voiko yhteiskunta kehittyä sellaiseksi, että vammaisen lapsen syntymästä aiheutuvat hoivakulut oikeastaan kuuluvat perheelle, joka ei ole ymmärtänyt välttää tiedossa olevaa mahdollisuutta estää tuon lapsen syntymää? Vai menemmekö kohti tulevaisuutta, jossa lapsia hankittaessa niille asetetaan ominaisuustavoitteita aivan uudella tavalla? Emmehän tiedä, mihin tie vielä kykenee.

Eutanasia – ketä autetaan tappamaan itsensä?

Elämän loppupäässä on toisenlainen ongelma. Onko oikein elää, vaikka se näyttää olevan niin hankalaa?

Armomurhan lähtökohdat ovat tietenkin ymmärrettäviä. Ihmisellä on oikeus päättää elämästään ja kuolemastaan. Ongelma syntyy, kun päätetään, ketä autetaan tappamaan itsensä ja ketä kannustetaan pysymään elävi-

en puolella. Suomi on edelleen itsemurhien määrässä johtavia maita, ja meillä on pyritty vähentämään itse-tuhoista käyttäytymistä monilla hankkeilla.

Jo lain säätäminen aiheuttaa vaikean eettisen kysymyksen: ketä autetaan tappamaan itsensä ja ketä ei? Ainoa kestävä ratkaisu olisi se, että kuka tahansa voisi tulla tapattamaan itsensä. Muutoin lainsäädännöllä rajataan ihmiset kahteen kategoriaan – tapettaviin ja elossa pidettäviin. Jos haluaisi elää ja kuuluisi kuitenkin lain mukaan niihin, joita autetaan tappamaan itsensä, se voisi ahdistaa.

Olen itse kokenut elämän toivottomuuden joutuessani hengityskoneeseen. Vasta pitkä ajan kuluttua ymmärsin, että olin päässyt enkä joutunut. Ilman hengityskonetta olisin kuollut jo kauan sitten. Mitä kaikkea olisikaan menettänyt, jos olisin kuollut nuorena, kuten monet samanlaiset lihassairaat nuoret miehet kuolivat vielä 1970-luvulla.

Armomurhan taustalla voi olla avuttomuuden pelko. Kuinka voimme luottaa siihen, että saamme apua ja hoivaa sitä tarvittessamme? Nykyinen vanhustenhuolto ei ole vakuuttavaa eikä anna turvallista kuvaa tulevaisuudesta. Vaikeavammaisat ihmiset ovat myös aivan liian vähän avun varassa, mutta kirjoituksen alussa mainittu vammaispalvelulain muutos on selkeä muutos parempaan.

Hoitajien asenteista

On jossain määrin yllättävää, kuinka sinänsä asiantuntevien terveysalan ammattilaisten keskuudessa on yllättävän paljon vammaisten ihmisten kannalta hankalia asenteita.

Kun Ylöjärvellä surmattiin kehitysvammalaitoksen asukas, julkinen sana kiinnitti huomiota ennen kaikkea hoitajien hyvinvointiin ja ahdistukseen. Se, mitä laitoksessa asuvat kehitysvammaiset ajattelevat siitä, että yksi heistä surmattiin, jätettiin vähemmälle huomiolle.

Yksi syy on se, että vammaisuus ja sairaus ovat eri asioita. Vammaiset eivät yleensä tarvitse hoivaa ja valvontaa vaan apua. Itsenäisen elämän filosofian ymmärtäminen on yllättävän hankalaa. Kuinka apua tarvitseva ihminen voi – ja hänellä jopa on – oikeus elää täysivaltaisena kansalaisena ja päättää omasta elämästään ihan itse? Olen kohdannut eräissä koulutustilanteissa hoitoalan

opiskelijoiden keskuudessa ahdistusta ja jopa aggressiota, kun olen puhunut itsenäisestä elämästä. Näennäisesti hoivattavan ihmisen itsenäisyys on ollut vaikea kohdata.

Myös vammaiset ihmiset tarvitsevat terveydenhoitoa. Meillä ei kuitenkaan oteta vammaisia ihmisiä riittävästi huomioon terveyspalveluja järjestettäessä. Pelkästään tilojen esteettömyyteen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Myös monet yksinkertaiset tutkimustilanteet ovat hankalia, sillä laitteet on mitoitettu niin sanotuille ”normaaleille” ihmisille.

Myös osaaminen nimenomaan terveydenhuollossa on puutteellista. Kyse ei ole tilanteesta, jossa hoidetaan sairautta, vaan siitä, miten vammaisia ihmisiä autetaan ja neuvotaan pysymään terveinä. Työterveydenhuollossakaan ei ole tarvittavaa asiantuntemusta, vaan vammaiset työssäkävijät ovat pitkälti oman osaamisensa varassa.

Yllättäen myös monilla terveydenhuollon ammattilaisilla on vaikeuksia kohdata vammaisen ihminen hoitotilanteessa. Onneksi terveydenhuollossa on paljon myös osaavia ja taitavia ihmisiä. Kuinka kohdata puhevammaisen, näkövammainen tai kuuro asiakas tai potilas – perusosaamista tarvitaan yhä!

Iranista Suomeen

Flora Notash opetteli uuden kielen ja kulttuurin muuttaessaan Suomeen. Monikulttuurisuus on tullut hänelle tutuksi röntgenhoitajana Tyksissä.

Kun tulin Suomeen, olin aikuinen ihminen, jolla oli ennestään koulutusta ja kokemusta työelämästä. Uuden kielen oppiminen oli haastavaa, muttei vaikeaa, sillä osasin ennestään jo neljää kieltä.

Toisaalta kulttuuri oli uusi ja erilainen. Päätin ottaa kielen ja kulttuurin avoimesti vastaan. Ajattelin, että kun opin kielen, opin kulttuurinkin. Nykyiset elämäntapani ovat samantapaiset kuin muidenkin suomalaisten, vaikka sisimpäni on pysynyt entisellään.

Sairaaloissa hoidetaan ulkomaalaisia potilaita ja niissä työskentelee ulkomaalaisia sairaanhoitajia. Hoitohenkilökunnan oma halu ja kiinnostus eri kulttuureja kohtaan vahvistaa herkkyyttä tunnistaa mahdollisia ongelmakohtia.

Maahanmuuttajat, joilla on alusta lähtien kova motivaatio sopeutua uuteen kotimaahansa, hakeutuvat yleensä heti töihin. He omaksuvat suomalaista kulttuuria ja ymmärtävät monikulttuurisuutta paremmin.

Monikulttuurisuutta oppii omilta ulkomaalaisilta työtovereilta. Olen kokenut, että kes-

kustelu maahanmuuttajakollegoiden kanssa eri kulttuureista tulevien potilaiden kohtamisesta edistää monikulttuurisuutta.

Hoitoalalla ei syrjitä

Kun aloitin työni Turun yliopistollisessa keskussairaalassa, siellä ei ollut ainuttakaan maahanmuuttajahoitajaa. Huomasin pian, että Suomessa hoitoalalla vallitsee erilainen kulttuuri kuin maassa, josta olin lähtöisin.

Minua jännitti opiskeluaikana harjoittelu sädehoidossa. Minua pelotti kohdata potilaita, jotka olivat hyvin todennäköisesti kuolemassa. Pärjäsin kuitenkin hyvin.

Harjoittelun aikana huomasi, että potilaat puhuivat hoitajien ja lääkäreiden kanssa suoraan ja avautuivat heille. Lääkäri ilmoittaa potilaille suorasanaisesti tämän selviytymismahdollisuuksista ja hoidosta.

Olen empaattinen ihminen. Osa empaattisuudesta johtuu varmaan taustakulttuuristani ja kasvatuksestani, mutta osaan lienee syynä persoonallisuuteni. Tulen hyvin toimeen ihmisten kanssa ja ymmärrän heitä hyvin. Lähestyn helposti ihmisiä, tarvittaessa halaan.

Työpaikalta löytyvät parhaat ystäväni. Siellä pidetään rikkautena, että minun välityksellä

Hoitohenkilökunnan oma halu ja kiinnostus eri kulttuureja kohtaan vahvistaa herkkyyttä tunnistaa mahdollisia ongelmakohtia.

läni päästään tutustumaan toiseen kulttuuriin. Työtoverini ovat saaneet ruokamaistiaisja ja olemme puhuneet yhdessä synnyinmaani historiasta, kielestä ja kulttuurista.

Nykyisin Tyksissä työskentelee useita maahanmuuttajia. Mielestäni on hyvä, että ulkomaalaisia on hoitajina, koska on ulkomaalaisia potilaitakin. Ulkomaailta tulleet hoitajat toimivat sairaalassa tarvittaessa myös tulkkeina. En ole kohdannut hoitoalalla syrjintää, mutta työpaikan ulkopuolella on tapahtunut kaikenlaista.

Pidättyväiset suomalaiset

Alussa minun oli vaikea käsittää, että suomalaisille tunteiden näyttäminen on niin vaikeaa. Suomalaisesta ei näy, onko hän onnellinen, surullinen vai tyytyväinen. Me iranilaiset taas olemme kuin avoin kirja.

Työkaverini ovat oppineet, että jos olen tyytymätön johonkin, tuon sen myös esiin. Jos esimerkiksi iranilaisen isä kuolee, hän kertoo, ettei hän ole entisensä ja hän ei ole kovin hyvää seuraa, koska on surullinen. Suomalainen ei koe velvollisuudekseen puhua mitään, vaan vetäytyy ja tuskin edes tekee surutyötä.

Alussa loukkaannuin, jos joku ei tervehtinyt minua työpaikalla. Myöhemmin huomasin, että ne, jotka eivät tervehti, ovat samanlaisia kaikille vastaan tulijoille. Enää en ajattele, että minusta ei pidetä ulkomaalaistaustani vuoksi.

Olen huomannut, että suomalainen ei lähesty muita helposti, eikä työtovereista aina tule läheisiä. Alussa oli ihmisiä, jotka pysytelivät etäällä, mutta ajan myötä olemme tutustuneet.

Kukaan ei ole ollut minua kohtaan ilkeä, ja se on onni. Luulen, että olen itse kovalla työllä näyttänyt kollegoille mallia siitä, miten otetaan ystävyyden ensimmäinen askel.

Kulttuuriero sukupuolten välillä

Olen huomannut, että terveydenhuollossa ulkomaalaisten potilaiden kohtaamista jännitetään vieläkin. Sen näkee silmistä.

Kun olin itse potilaana käteni takia, kuulin hoitajien keskustelevan hiljaa keskenään, kumpi heistä tulee minua hoitamaan. Paikalle tullut hoitaja kysyi sitten kohteliaasti ja ystävällisesti, puhunko suomea, ja tämän jälkeen tilanne sujui mukavasti.

Olen myös havainnut, että suomalaiset naiset pärjäävät ulkomaalaisten kanssa paremmin kuin suomalaiset miehet. Naisten ja miesten välillä on tässä suhteessa suuri kulttuuriero.

Toivon, että ihmiset jaksaisivat pitää mielessä, että jos yksi tekee virheen, se ei ole kaikkien vika. Kun lehdessä lukee, että ulkomaalainen on syyllistynyt johonkin rikkomukseen, sen perusteella ei pitäisi leimata kaikkia.

Varautumisen hinta

Kun varaudutaan maailmanlaajuisiin epidemioihin, on eettinen keskustelu terveydenhuollon ammattihenkilöstön työskentelystä ja tehtävistä tarpeen. Potilaat on hoidettava, vaikka hoitohenkilöstöä uhkasi tartunta.

Eettinen keskustelu on tarpeen, koska siihen on tuskin aikaa tai resursseja silloin, kun toimitaan poikkeuksellisessa tilanteessa. Toisaalta nyt laadittuja suunnitelmia ja ohjeita tullaan mahdollisesti soveltamaan myös muissa vakavissa infektiouhkatilanteissa.

Onko terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskevat ratkaisut mietitty eettisestä näkökulmasta loppuun asti? Kun vakava infektiouhka leviää eikä tehoavaa rokotetta ole vielä saatavilla, on mahdollista, että terveydenhuollon henkilöstö halutaan eristäämuusta väestöstä. Tämä merkitsee, että heidät eristetään jopa omasta lähipiiristään tai omaisistaan. Miten pakkoeristäminen toteutettaisiin meillä käytännössä? Voidaanko sitä pitää eettisesti hyväksyttävänä? Entä millaista koulutusta ja valmentautumista terveydenhuollon ammattihenkilöille on oikeus tällaisen tilanteen varalle vaatia?

Kesään mennessä maailmassa oli rekisteröity yli 200 lintuinfluenssaviruksen tartuttamaa ihmistä, jotka kaikki saivat tartunnan oltuaan läheisessä kontaktissa siipikarjaan. Puolet sairastuneista on kuollut. Vaikka ainuttakaan tartuntaa ihmisestä toiseen ei ole virallisesti vahvistettu, kaikkialla on varauduttu siihen, että virus saattaa muuntua helposti sellaiseksi. Ihmisestä toiseen tarttuessaan virus aiheuttaisi maailmanlaajuisen influenssaepidemian, mikä merkitsisi

äärimmillään sitä, että väestöstä jopa puolet sairastuisi vakavasti.

Samanaikaisesti sairastuneiden suuri määrä aiheuttaisi poikkeuksellisen kuormituksen päivystykseen, poliklinikoille, vuodeosastoille ja erityisille influenssavastaanotoille. Tämä puolestaan aiheuttaisi terveydenhuollolle sekä sen etiikalle erityisen suuria haasteita.

Velvollisuus antaa hoitoa

Suuri osa terveydenhuollon henkilökunnasta joutuisi räätelöidyn pikakoulutuksen jälkeen työskentelemään tartuntavaarallisten ja potentiaalisesti tappavaa tautia sairastavien parissa. Se ei varmastikaan kaikkien mielestä kuulu ”alkuperäiseen sopimukseen”.

Voiko omaa henkeä uhkaavista tehtävistä kieltäytyä? Kansallisen pandemiavarautumisen työryhmän selvityksen mukaan (sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006:11) potilaiden hoidosta ei voida luopua, vaikka potilaskontaktissa ei olisi käytettävissä suojatoimia, jotka varmuudella estävät tartunnan. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja terveydenhuollon eettiset periaatteet velvoittavat siihen.

Työryhmän ehdotuksen mukaan henkilöstön eettisissä ohjeissa tulisi nykyistä tarkemmin määritellä seuraavaa: kuinka suurta henkilökohtaista riskiä terveydenhuollon ammattihenkilöiltä voidaan odottaa ja mitä käytännössä tarkoittaa heidän velvollisuutensa olla vahingoittamatta potilaita, työtovereita ja muita osapuolia – tässä tapauksessa olla levittämättä tautia.

Yhtenä eettisenä kysymyksenä on pohdittu tilannetta, jossa mahdollisesti jouduttaisiin priorisoimaan rokotuksia saavia ja muuta hoi-

toa tarvitsevia ryhmiä. Hyväksytyt näkemyksen mukaan pandemiainfektioihin sairastuneita hoitavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tulisi ensisijaisesti rokottaa. He joutuvat lähikontaktiin tartunnan levittäjien kanssa, jolloin heidän riskinsä sairastua itse on moninkertainen muihin väestöryhmiin verrattuna.

On huomattava, että tavantomaiset varatoimet, kuten tehostettu käsihygieniä tai hengityssuojainten käyttö, eivät toteudu vain viranomais määräyksinä. Esimerkiksi käsihygieniassa on kysymys kulttuurihistoriallisesta ilmiöstä ja syvälle juurtuneista tavoista. Iäkkaiden potilaiden tai omaisten kädestä tervehtimistä pidetään kulttuurissamme kohteli- aana ja vaikeasti poisopittavana eleenä, eivätkä henkilökohtaiset viestit ja luottamus välity hel- posti suojainten läpi.

Tehy on omassa lausunnossaan Kansallises- ta varautumissuunnitelmasta kiinnittänyt huo- miota muun muassa henkilöstön työpaikan vaihdoksiin liittyviin palvelusuhteen ehtoihin, henkilöstön koulutukseen sekä työterveyshuol- lon toimivuuteen. On kysytty, joutuuko henki- löstö väliaikaisesti työskentelemään eri työpis- teessä tai jopa toisessa sairaalassa.

Pandemia-asiaa on käsitelty jonkin verran myös terveydenhuollon ammatti- ja tiedejulkai- suissa. Keskeisiksi eettisiksi kysymyksiksi ovat nousseet erityisesti: hoidettavien priorisoin- ti, terveydenhuollon ammattilaisten oikeudet ja velvollisuudet sekä uhkasta aiheutuva pelko.

Pelon leviäminen

Viimekertainen lintuinfluenssavirus levitti maailmalle onneksi enemmän pelkoa kuin var- sinaista sairautta. Mahdollisten virusten aiheut- tamien terveysvaikutusten lisäksi on kannettava huolta tautiuhan synnyttämästä, kohtuuttoman suuresta pelosta, joka levisi tiedotusvälineiden välityksellä kansalaisiin.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt kantavat luonnollisesti vastuun siitä, etteivät he omal- la toiminnallaan lisää kansalaisten pelkoa ja

**Keväällä 2003
pakkoeristettiin
Kanadassa sars-potilaiden
parissa työskenteleviä
sairaanhoitajia perheestään.**

ahdistusta. Huolta tulisi kan- taa myös terveydenhuoltohen- kilöstön keskuudessa leviä- västä pelosta, ahdistuksesta ja epävarmuudesta. Oikealla tiedolla ja tiedottamisella on varmasti ratkaiseva merkitys

pelkojen ja ahdistuksen vähentämisessä. Työ- paikoilla järjestettävien keskustelutilaisuuksi- en ja -foorumien merkitystä ei myöskään pidä väheksyä.

Pandemiauhka ja siihen varautuminen ovat herättäneet terveydenhuollon ammattihenki- löissä erilaisia reaktioita. Joistakin on saattanut tuntua, että terveydenhuollon rajallisia koulu- tus- ym. resursseja on ”tuhlattu” epidemiaan, jota ei koskaan tullut. Varautuminen riskeihin on kuitenkin aina järkevää, jos riskit ovat todel- lisiä. Suomessa tämänkaltaisiin tilanteisiin on aikaa varautua vähintäänkin muutamia kuu- kausia, mutta turhaa ei ole, että esimerkiksi val- miuslaki päivitetään.

Turhaa ei ole myöskään se, että henkilökun- taa muistutetaan, miten tavanomaisilla varatoi- milla voidaan joka päivä parantaa niin omaa, työtovereiden kuin potilaiden turvallisuut- ta. Pandemia-asia on osin tehyläisten omissa käsissä. Keskustelun, ohjeiden ja koulutuksen merkitystä ei voi liikaa korostaa. Niitä tarvitaan niin kansallisesti kuin paikallisesti. Kukaan ei voi tietää millainen seuraava pandemiavirus on, koska se tulee, eikä sitä keneen ja miten se tarttuu. Tämä on yksi uhka muiden joukossa terveydenhuollon ammattihenkilöstön työssä. Asiaan on tarpeen tullen palattava uudelleen sekä Suomessa että kansainvälisesti.

Keskeisiä eettisiä kysymyksiä:

- hoidettavien priorisointi
- terveydenhuollon ammattilaisten oikeudet ja velvollisuudet
- uhkasta aiheutuva pelko

Hoidon turvallisuuden kahdet kasvot

Turvallisuus on hoitajan ja hoidettavan oikeus.

”Kasvosuojaimin ja kumihansikkain varustautunut hoitaja on tulossa yövuoroon. Hän kulkee kohti päivystyspoliklinikkaa kahden vartijan saattelemana. He, kuten muutkin poliklinikalle saapuvat, kulkevat kulunvalvonnan ja metallinpaljastimen läpi. Kaikkien laukut ja vaatteet on tutkittu. Aulassa istuu potilaita ja heidän omaisiansaan odottamassa vastaanottovuoroaan. Eräs potilas on päihtynyt ja hiv-positiivinen. Paikalle on kutsuttu sairaalan juristi. Hän varmistaa, että sekä potilaan että hoitajien asema ja oikeudet toteutuvat. Kaikissa tiloissa on tallentavat teräväpiirtokamerat. Ne dokumentoivat tapahtumia ja hoitotoimenpiteitä mahdollisten hoitovirhe- tai potilasvahinkoepäilyjen varalta. Hoitaja kutsuu potilaan sisään ja pyytää häntä ensimmäiseksi allekirjoittamaan juridisesti pätevän hoitosopimuksen. Jälleen yksi työvuoro on alkanut.”

Kuulostaako kauhuskenaariolta? Vai onko siinä sittenkin jotakin tuttua? Vaikka tarina on liioiteltu, hoidon turvallisuus on erityisen ajankohtainen kysymys. Siinä on monta ulottuvuutta, jotka voivat vaikuttaa jopa koko hoitamisen luonteeseen. Kuinka lähellä oikeastaan olemme sitä, että hoitotyön perusidea muuttuu, kun turvattomuus lisääntyy ja turvallisuus jopa ylikorostuu?

Hoitajien turvallisuus

Tuoreiden tutkimusten mukaan hoitajien turvallisuuden kokemukseen ja toteutumiseen vaikuttavat sekä potilaat että työolot. Hoitajien turvattomuutta on erityisesti lisännyt potilaiden ja omaisten väkivaltainen käyttäytyminen. Väkivalta on ollut sekä fyysistä että henkistä. Fyysistä väkivaltaa ovat esimerkiksi lyöminen, potkiminen ja töniminen. Henkinen väkivalta on ilmennyt uhkailuna, nimitelynä ja vähättelynä. Väkivallan eri muodot ovat aiheuttaneet hoitajissa turvattomuutta, ahdistusta ja pelkoa sekä äärimmillään fyysistä tai psyykkisiä vammoja.

Lisääntynyt väkivalta ei ole vain pienen vähemmistön ongelma: Tehyn vuonna 2000 tekemän tutkimuksen mukaan joka kolmas hoitaja oli kokenut työssään fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. Jopa kaksi kolmasosaa hoitajista oli kokenut uhkailua, asiattonta arvostelua tai nimitelyä. Tuoreempien selvitysten mukaan luvut ovat vielä kasvaneet.

Suurin fyysisen väkivallan uhka on ollut vanhainkotien, terveyskeskusten ja sairaaloiden hoitotilanteissa. Hoitajat ovat olleet erityisen alttiita väkivallalle työskennellessään ensi-apu- ja päivystysklinikoilla. Vaikka väkivalta tai sen uhka ovat yleistyneet tai jopa arkipäiväistyneet useissa hoitoyksiköissä, väkivalta on aina ihmisoikeusrikkomus. Turvattomuus ja väkivalta eivät ole milloinkaan hoitotyöhön tai hoitosuhteeseen liittyviä hyväksyttäviä ominaispiirteitä tai osa ”luonnollista työolosuhdetta”.

Väkivallan aiheuttama turvattomuus on aina vakava työsuojelullinen ja terveydellinen ongelma, johon hoitoyksikön on puututtava. Edes dementia- ja mielenterveyspotilaiden aggressiivinen käyttäytyminen, kuten raapiminen ja hiuksista repiminen, eivät kuulu luonnollisena osana hoitajan ja työn arkeen. Mistä väkivallan lisääntymisessä on oikein kyse? Miksi hoitajat kohtaavat yhä useammin väkivaltaa päivittäisessä hoitotyössään? Ensikkin olisi syytä kiinnittää huomio väkivaltaan sinänsä: tunnistammeko, että väkivallassa on usein kyse oireesta tai reagoinnista taustalla oleviin todellisiin ongelmiin? Tunnistammeko ne ongelmat ja sairaudet, jotka aiheuttavat väkivaltaa? Kun aggressiivista ja moniongelmaista potilasta hoidettaessa varaudumme käsirysyyn, niin mitä silloin oikeastaan hoidamme? Mitä pidämme sairautena tai sen aiheuttajana, mitä taas sairautta ilmentävänä oireena?

Toinen kysymys liittyy nykyiseen terveyspalveluiden tarjonnan ja potilaiden väliseen kohtaamiseen: ovatko potilaat väärissä paikoissa vai onko palvelut järjestetty epätarkoituksenmukaisesti? Onko hoidon ja palveluiden kohdentaminen epäonnistunut?

Kolmas kysymys liittyy resurssointiin. Onko lisääntynyt väkivalta oire nykyisten terveyspalveluiden rappeutumisesta siinä mielessä, että meiltä puuttuvat resurssit muuttuvan yhteiskunnallisen tilanteen kohtaamiseen?

Väkivallan yhteydessä voidaan neljänneksi kysyä, ovatko yhteiskuntamme arvot muuttuneet kovempaan ja ihmisarvoa vähemmän kunnioittavaan suuntaan. Kun taloudellinen tehokkuusajattelu on lisääntynyt, yleistyy perinteistä potilas-hoitaja –suhdetta uhkaava terveydenhuollon ”asiakasmalli”. Siinä potilaat mielletään ikään kuin terveysvalintamyymälän asiakkaiksi. He valitsevat palveluntarjo-

ajalta, subjektiivisten mieltymystensä mukaisesti, mitä haluavat tai kokevat tarvitsevansa. Mikäli asiakas ei saa haluamaansa, valinnanvara ei ole riittävästi tai tarjottu palvelu ei olekaan ajatellun kaltainen, on mallin mukaisesti hyväksyttävää protestoida voimakkaasti. Tämän myötä arkipäivää ovat myös potilaiden omaiset, jotka eräänlaisina asiakkaina syyllistävät ja uhkailevat hoitohenkilöstöä.

Potilaiden turvallisuus ja hoitovirheet

Hoitajien turvallisuuden lisäksi ovat myös potilaiden turvallisuus ja sitä vaarantavat tekijät keskeisiä kysymyksiä. Ne ovat nousseet ammatillisen ja julkisen keskustelun kohteeksi myös meillä, kun erilaisia potilasvahinkoja ja vaaratilanteita on tullut esille.

Tuoreiden selvitysten mukaan hoidossa tapahtuva virhe johtaa vähintään yhdellä kymmenestä potilaasta jonkinasteiseen haittaan. Vakava haitta tai kuolema aiheutuu vähintään yhdelle sadasta. Ongelman vakavuutta osoittaa arvio, että Suomen sairaaloissa voi sattua vuosittain yhtä paljon tai jopa enemmän kuolemaan johtavia hoitovirheitä kuin kuole-

maan johtavia liikenneonnettomuuksia. Kyse on siis mittavasta ongelmasta.

Vaikka potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät ovat pääsääntöisesti varsin erilaisia kuin hoitajien turvallisuuteen vaikuttavat tekijät, niiden välillä on myös yhtymäkohtia. Yksi on se, että suurin osa potilasvahinkotapauksista ja hoitovirheistä on seurausta toimintayksikön järjestelmän heikkouksista tai häiriöistä. Näitä ovat esimerkiksi tiedonkulun katkokset, puutteelliset tai puuttuvat vahinkoseurantajärjestelmät tai hoitoyksikön laskennallinen vajaamiehitys.

**Kun etsitään
hoitovirheiden ja
potilasvahinkojen syitä,
syyllisiä ei kannata etsiä.**

Potilasturvallisuutta vaarantavat myös tekijät, jotka luovat syyllistävästä työilmapiiriä, heikentävät hoitajien kokemaa turvallisuutta ja työssä jaksamista. Ne voivat johtaa hoitajilla pysyviin traumoihin tai jopa työkyvyn menettämiseen. Potilasvahinkotapauksessa onkin usein kaksi uhria: potilas ja häntä hoitanut hoitaja.

Kun etsitään hoitovirheiden ja potilasvahinkojen syitä, ei liene hyödyllistä etsiä syyllisiä. Tärkeämpää olisi vaikuttaa siihen, että virheitä ja läheltä piti -tilanteita osataan ja uskalletaan tunnustaa, raportoida ja käsitellä. Kaikkiin hoitoyksiköihin tulisi luoda selkeä ja yhtenäinen toimintamalli, jonka kautta hoitovirheet, vahingot ja läheltä piti -tilanteet ilmoitetaan ja käsitellään.

Virheiden raportointia ja käsittelyä estävät usein inhimilliset tekijät kuten henkilökunnan kiire, häpeän, rangaistuksen ja luottamuksen menettämisen pelko sekä epäily raportoinnin hyödyttömyydestä.

Hedelmällisempää olisi korostaa raportoinnin ja virheistä oppimisen merkitystä. Raportoinnin yleisenä periaatteena tulisi pitää luottamuksellisuutta.

Rohkaisevan esimerkin tarjoaa Tanska, jossa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä pyydetään aktiivisesti ilmoittamaan niin läheltä piti -tilanteista kuin tapahtuneista hoitovahingoistakin. Niiden järjestelmällisen tarkastelun perusteella käytäntöjä pyritään muuttamaan. Neljä vuotta sitten käyttöön otettu järjestelmä on jo arkipäivää (vuonna 2006 ilmoituksia tehtiin 26 000), eikä syyllistämisestä ole enää pelkoa.

Tavoitteena turvallinen hoitoyksikkö

Väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita ei voi jättää hoitamatta, sillä he ovat usein eniten avun tarpeessa. Turvallinen hoitosuhde on myös hoitavan osapuolen oikeus. Viime aikoina asiaan onkin kiinnitetty yhä enemmän huomiota.

Keskustelussa on tuotu esiin erilaisia malleja terveydenhuollon hoitoyksiköiden turvallisuuden ja riskien hallintaan. Malleja kehitetään muun muassa vaaratapahtumien raportointiin (HaiPro-hanke), väkivallan ehkäisyyn (Kansallinen väkivallan vähentämishjelma) ja työturvallisuuden parantamiseen (esimerkiksi Työolotutkimus).

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi 29.1.2009 suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009 – 2013: Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä (www.stm.fi/ julkaisut).

Osa malleista ja toimintatavoista ottaa huomioon sekä potilaaseen että hoitohenkilöstöön kohdistuvat riskit. Hoitajien turvallisuuden kiinnitetään erityisesti huomiota Valtion tilintarkastajien vuoden 2007 muistiossa, jossa henkilöstön oikeusturva väkivaltatilanteissa on keskeisellä sijalla.

Väkivaltatilanteiden välttäminen ja ennalta ehkäiseminen ovat haasteellisia asioita. Kuitenkin sekä potilaiden että hoitajien turvallisuutta voidaan parantaa, toisinaan varsin pienilläkin muutoksilla. Keinoja ovat esimerkiksi henkilökunnan asianmukainen resursointi ja yksintyöskentelyn välttäminen. Myös tiedossa oleviin riskitekijöihin (väärinsijoitetut potilaat, huono tiedonkulku) puuttuminen

edistää osaltaan sekä potilaiden että hoitohenkilöstön turvallisuutta.

Avainsanoja ennalta varautumisessa ja riskien eliminoimisessa ovat avoimuus sekä hoitajien ja hoitohenkilöstön riittävä koulutus ja perehdyttäminen. Kun vahinko tapahtuu, on tärkeää huolehtia jälkihoidosta ja purkaa negatiiviset kokemukset rohkaisevassa ja ei syyllistävässä ilmapiirissä. Hoidon turvallisuus paranee avoimesti puhumalla, ei asioita piilottelemalla.

Kirjallisuutta:

- *Knuuttila, J. & Tamminen, A. 2004. Turvallinen hoitoyksikkö – malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan. Lääkelaitoksen julkaisusarja 2/2004 (Terveydenhuollon laadunhallintaa). Lääkelaitos, Helsinki.*
- *Majasalmi, P. 2001. Selvitys työpaikkaväkivallasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. SuPer, Helsinki.*
- *Markkanen, K. 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen – hoitajan työarkea. Selvityshoitohenkilökunnan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Tehyn julkaisuja, Sarja B: Selvityksiä. Tehy, Helsinki.*
- *Palonen, R., Nio, A. ja Mustajoki, P. 2005. Potilas- ja lääkevahingot – korvaaminen ja ennaltaehkäisy. Talentum, Helsinki.*
- *Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 122(20): 2459–2470.*
- *Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.*

Tunne uskomushoidot

Hoitajien tulee tietää uskomushoidoista, mutta hoitaa potilaita tieteellisen näytön ja yhteisesti sovittujen periaatteiden perusteella.

Hoitohenkilökunnan näkökulmasta kysymys uskomushoidoista on varsin moniulotteinen. Millaisia opintokokonaisuuksia oppilaitokset voivat tarjota? Voinko itse hoitajana käyttää erilaisia uskomushoitoja työssäni työvälineenä? Entä miten minun tulisi toimia, jos asiakkaani tai potilaani käyttää tai toivoo käytettävän uskomushoitoja osana hänen hoitoaan? Tässä artikkelissa tuodaan esille uskomushoitajien ja länsimaisen lääketieteen välistä suhdetta sekä pohditaan uskomushoitoja hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Hoitojen taustaa

Uskomushoitajien yhteydessä käytetään sellaisia ilmaisia kuten uskomuslääkintä, vaihtoehtolääkintä, täydentävät hoitomuodot, vaihtoehtoiset hoitomuodot, luonnonparannus, luontaisparannus ja luontaishoito sekä lääketieteen ulkopuolelle jäävät hoitomenetelmät. Käsitteillä voidaan tarkoittaa joko samaa asiaa tai sitten niillä on käyttäjästä riippuen eri merkityksensä. Yhteistä näille on se, että ne sisältävät kaikki sellaiset menetelmät, joita käytetään sairauksien torjuntaan, parantamiseen ja diagnostiikkaan sekä oireiden lievittämiseen huolimatta siitä, että menetelmien toimivuudesta puuttuu näyttö.

1970-luvulla alettiin kutsua luonnon tai luontaislääkinnäksi sellaista lääkintää, joka ei perustu länsimaiseen lääketieteeseen ja on virallisen terveydenhuollon ulkopuolella. Sillä viitattiin rohdosvalmisteiden ja kansanomaisen hoitojen käyttöön sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä. Nämä käsitteet voivat sinänsä olla harhaanjohtavia, koska ne eivät perustu tieteelliseen tutkimukseen tai tieteelliseen tutkimukseen perustuvaan hoitoon. Näiden tausta on 1960-luvun Yhdysvaltojen niin sanotussa vaihtoehtoliikkeissä, joissa pyrittiin etsimään vaihtoehtoja teollistuneen yhteiskunnan elintavoille. Tämän vuoksi luontaislääkinnän nimitykseksi tuli yleisesti käyttöön sana vaihtoehtolääkintä.

Vaihtoehtolääkintä mielletään yhä ensisijaisesti vanhoihin kansanomaisen lääkinnän hoitoihin perustuvaksi, mutta todellisuudessa vaihtoehtolääkinnän markkinoita Suomessa vallitsivat jo 1980-luvulla ulkomaiset valmisteet ja terapiaopit. Ne ovat yksinkertaisia muunnelmia vieraiden kulttuurien perinteisistä lääkintätavoista. Tällaisia ovat esimerkiksi vyöhyketerapiat, kiinalaiseen tai meksikolaiseen perinnelääkintään kuuluvien yrttien käyttö tai täysin uudet tuotantoideat. Näiden käyttöä perustellaan usein kansanomaisilla selityksillä sairauksien ja hoitojen vaikutuksista.

Hoitoihin kytkeytyy yhä useammin myös elämäntapomuksellisia seikkoja, jotka ottavat kantaa esimerkiksi arvoihin (mm. ”vihreät arvot, sairaus johtuu epäuskosta) tietoteoriaan (intuitiivisuus, auktoriteetti-usko, tutkimustiedon väheksyntä) tai maailmankuvan perus-

teisiin (jumalolennot, kosmiset yhteydet, vitalismi).

Hoitojen eri ulottuvuudet

Vaihtoehtolääkintää kutsutaan nykyisin nimellä uskomushoito. Uskomuksella viitataan silloin siihen, että hoitoja käytetään, vaikkei ole olemassa tieteellisellä tutkimuksella saatua tietoa ja riittävää näyttöä niiden tehosta ja turvallisuudesta sairauksien hoidossa tai ehkäisyssä. Opit ja hoidot perustuvat tyypillisesti myönteisistä yksittäistapah- tumista tehtyihin yleistyksiin, eivät kattavaan ja systemaattiseen tutkimustietoon. Uskomus- hoidoissa käytetään myös sellaisia hoitoja ja diagnosointimenetelmiä, jotka ovat osoittautuneet länsimaisen lääketieteen tutkimuksissa toimimattomiksi.

Uskomuslääkinnällä (engl. belief-based medicine, make-believe medicine) tarkoitetaan niitä menetelmiä, joita käytetään sairauksien torjuntaan, oireiden lievittämiseen, sairauksien parantamiseen ja diagnostiikkaan, vaikka niiden pätevydestä ei olekaan luotettavaa näyttöä. Uskomuslääkintä-käsitettä käytetään näyttöön perustuvan lääketieteen (engl. evidence-based medicine) vastakohtana. Uskomuslääkinnällä tarkoitetaan virallisen (länsimaisen) lääketieteen ulkopuolista toimintaa. Uskomuslääkintä toteutuu pääosin itsehoitona, jolloin käyttäjät itse perehtyvät hoitoihin ja tuotteisiin opaskirjojen tai myynnin yhteydessä saatujen suullisten ohjeiden perusteella.

Hoitoihin kriittisesti suhtautuvien mukaan ne on rajattava jyrkästi julkisen terveydenhuollon ulkopuolelle. Tästä näkökulmasta yhteiskunnallisesti tuetun sairaanhoidon on perustuttava vertailuryhmillä tutkittuun ja objektiivisesti havaittuun näyttöön lääkkeen tai hoidon vaikuttavuudesta. Yhteiskunnan varat on käytettävä niihin hoitoihin ja lää-

keisiin, jotka vaikuttavat tehokkaimmin. Suomen lääkäriliitto on vaatinut kesäkuussa 2007 ja Tehy tammikuussa 2008, että uskomushoitoa tulee rajoittaa lailla. Vaatimusten mukaan lain tulisi rajoittaa uskomushoitohen- taimista mm. lapsille ja vakavasti sairaille potilaille. Tehyn mukaan myös uskomushoitohen- mainontaa, lupauksia ja käyttöä tulisi rajoittaa lainsäädännöllä. Lisäksi uskomushoitohen- opetusta ei tulisi sen mukaan sallia terveyden- huollon koulutusta antavissa oppilaitoksissa.

Uskomus ja tieto

Uskomushoitohen- yhteydessä keskeistä on sen suhde tutkittuun tietoon. Länsimaisen lääke- tieteen näkökulmasta hoidossa ja lääkinnässä tulisi käyttää ainoastaan tieteelliseen tutkimuk- seen perustuvaa tietoa. Tässä suhteessa usko- mushoidot ja niiden käyttö on kyseenalaista, ellei jopa epäeettistä. Ongelmallista on kuiten- kin se, että länsimaisessa hoito- ja lääkintätyös- sä käytetään myös hoitoa ja lääkintää, joilla ei ole tieteellistä näyttöä, vaan ne perustuvat totu- tuille ja hyväiksi havaituille toimintatavoille ja uskomukselle. Millä perusteella länsimainen lääkintä- ja hoitotyö on silloin hyväksyttäväm- pää kuin uskomushoidot?

Uskomushoidoissa uskomus voi liittyä kol- meen näkökohtaan. Ensiksi uskomushoidot voivat perustua uskomuksiin elimistön raken- teesta ja toiminnasta (esimerkiksi vyöhyketera- pia), toiseksi uskoon ennustamiseen ja yliluon- nollisiin voimiin (esimerkiksi terapeuttinen kosketus) ja kolmanneksi uskomukseen siitä, että hoito tehoaa, vaikka siitä ei ole tieteellistä näyttöä.

Tutkimuksen näkökulmasta yksi länsi- maisen lääketieteen ja uskomushoitohen- välinen kysymys liittyy niin kutsuttuun älylliseen rehellisyyteen. Älyllisellä rehellisyydellä tar- koitetaan tieteen perusarvoa, joka ilmenee

esimerkiksi siten, että tutkimuksista saadut tulokset ovat julkisia, tutkimus voidaan toistaa ja jokaiselle päätelmälle tulee olla vahvat perusteet. Länsimainen lääketiede kannattaa vahvasti älyllistä rehellisyyttä. Sitä voidaankin pitää siinä mielessä varsin konservatiivisena, että se edellyttää huolellista harkintaa ja kritiikkiä jokaisen uuden hoitosuosituksen ja –muodon käyttöönottoa. Uskomushoidossa älyllisen rehellisyyden periaatetta ei kuitenkaan noudateta kontrolloidusti, joten se herättää vakavia eettisiä kysymyksiä: millaisten periaatteiden ja tiedon varassa potilasta on eettisesti oikein hoitaa? Tästä näkökulmasta olennaisinta ei ole hoitomuodon nimi vaan se, että potilaan edun kannalta on olennaisinta, että hoito- ja lääkintäyöntekijällä keskeisenä arvona on älyllinen rehellisyys. Siten kriittinen peruskysymys on kaikille potilaalle annettaville ja tarjottaville hoidoille, toimiiko hoito, kenelle, mihin hintaan ja millaisin riskein se toteutuu? Olennaista on myös kysymys siitä, miten hoito vertautuu tarjolla oleviin muihin menetelmiin.

Osa kokonaisuutta

Uskomushoitojen aseman ja merkityksen nousu onkin yhteydessä laajempaan yhteiskunnalliseen tilanteeseen. Sen voidaan katsoa olevan osa niin kutsuttua paramedikalisaation ilmiötä, jolla tarkoitetaan vastareaktiota lääketieteen yhä suuremmalle ja useammille elämänalueille ulottuvalle vallalle. Uskomushoitojen kautta pyritään välttämään länsimaisen lääketieteen ylivoimaa ja etsitään vaihtoehtoja lähestymistapaa terveyteen liittyviin asioihin.

Uskomushoitojen käyttöön voivat vaikuttaa myös pettymys länsimaiseen lääketieteeseen ja siihen liittyvä autoritäärisyys ja asiantuntija- ja teknologiavastaisuus. Uskomushoidoista

haetaan myös palveluita, joihin julkinen terveydenhuolto ei kykene. Näitä ovat vastaaminen moniulotteisiin sairauksiin (esimerkiksi syöpätaudit) sekä hoidon liittäminen laajempaan hoitofilosofiaan.

Uskomushoidot ja niiden voimakas kasvu ovat läheisessä suhteessa myös länsimaiseen yksilöä korostavaan yhteiskunnalliseen painotukseen, jossa yksilön asema on ensisijalla. Yksilön hyvinvoinnin edistämiseen ollaan silloin halukkaita etsimään yhä monipuolisempia menetelmiä. Tällöin uskomushoidosta etsitään sekä terveyttä edistäviä, sairauksia ehkäiseviä että sairauksia parantavia hoito- ja lääkintäkeinoja, joiden avulla yksilön kokonaishyvinvointia pyritään lisäämään. Uskomushoitojen merkityksen korostuminen voidaan liittää myös erilaisiin kansallisille juurille palaamiseen, jossa myös terveydellisiin kysymyksiin haetaan vastausta kunkin kansan perinteisestä tiedosta ja uskomuksista.

Hoitajan ammattietiikka

Hoitotyössä ammattilainen voi joutua pohtimaan suhdettaan uskomushoitoihin sekä siinä tapauksessa, että itse käyttäisi tai haluaisi käyttää sitä työssään työvälineenään että siinä tapauksessa, että potilas on halukas käyttämään sitä omassa hoidossaan. Hoitajan käyttämien hoitomenetelmien valinnan taustalla on kysymys vastuusta. Hoitaja on toiminnastaan vastuussa sekä yhteiskunnalle että potilaalle. Yhteiskunnallisesti hoidon on oltava eettistä, hyödyllistä ja vaikuttavaa. Myös koulutuksen on siis huomioitava, millaista koulutusta oppilaitokset tarjoavat ja millaisille perusteille opetustarjonta perustuu. Onko koulutuksen lähtökohtana potilas ja potilaan hoito vai esimerkiksi kaupalliset tarkoitukset?

Koulutuksen määrittämisessä voidaankin puhua niin kutsutusta opetuksen kliinisestä

autonomiasta. Tällä tarkoitetaan sitä, että opetus ei voi perustua kysyntään vaan siihen, mikä on potilaan hoidon ja paranemisen kannalta riittävä tieteellinen näyttö. Koska tietoa on tarjolla yhä enemmän, hoitajat eivät voi tietää ja tuntea erilaisten hoitojen jatkuvasti muuttuvaa moninaisuutta. Koulutuksen vastuulla olisikin tarjota hoitajille välineitä tunnistaa, tiedostaa ja arvioida kriittisesti tarjolla olevia hoitovaihtoehtoja ja niiden vaikuttavuutta. Samoin näitä valmiuksia tulisi lisätä työpaikkakoulutuksen kautta.

Hoitotyössä hoitaja joutuu pohtimaan myös omaa ammatillista toimintaansa suhteessa uskomushoitojen käyttöön hoitomuotoina. Hoitajalla on oikeus omiin näkemyksiinsä, mutta hoitajan on toimittava ammattietiikkansa edellyttämällä tavalla, jolloin hoidon lähtökohtana on ammatin yhteisesti sovittu tehtävä. Tuota tehtävää suojaavat erilaiset lait, säädökset ja periaatteet. Hoitajan tehtävänä on myös paitsi edistää terveyttä myös minimoida potilaan terveydelle aiheutuvaa haittaa. Hoitaja ei siten voi perustaa hoitojen ja toimenpiteiden valintaa omien henkilökohtaisten arvojen, vaan yhteisen terveydenhuollon ja ammatillisen arvoperustan ja näyttöön perustuvan tiedon varaan.

Potilaille on entistä enemmän tietoa ja heillä on myös lailla turvattu asema ja itsensä määräämisoikeus. Jokaisella potilaalla on oikeus omien arvojen, halujen ja toiveiden mukaiseen hoitoon ja sen toteuttamiseen. Hoito toteutetaan kuitenkin niiden mahdollisuuksien puitteissa, kuin mahdollista. Hoitaja joutuukin kohtaamaan myös tilanteita, joissa potilas itse käyttää tai toivoo voivansa käyttää eri uskomushoitojen muotoja. Tutkimuksen ovat osoittaneet, että näiden mukaan toimiminen lisää potilaan kokonaishyvinvointia

ja elämän mielekkyyttä. Tällaiset hoito- ja auttamismenetelmät eivät välttämättä perustu tieteelliseen näyttöön, vaikka sen vaatimus onkin hoitotyön lähtökohta ja tavoite. Potilailla on kuitenkin oikeus itsenäisiin valintoihin ja itselleen merkityksellisiin asioihin. Hoitotyössä on olennaista ymmärtää myös se, että ihminen on psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen kokonaisuus, jolloin nämä kaikki osa-alueet vaikuttavat myös ihmisen hyvinvointiin ja paranemiseen.

Hoitotyössä joudutaankin usein ottamaan kantaa erilaisiin potilaiden kannattamiin ja edustamiin uskomushoitoihin. Siksi on olennaista tietää ja tuntea potilaiden käyttämät hoitomuodot, jotta heidän valintojaan

Jokaisella potilaalla on oikeus omien arvojen, halujen ja toiveiden mukaiseen hoitoon.

kyettäisiin terveydellisesti näkökulmasta tukemaan ja ymmärtämään. Tällainen tilanne on esimerkiksi lääkitys. Koska hoito- ja lääkintäyöntekijöillä on lääkevas-
tuu, tulisi aina tutkia myös

uskomushoitoja käyttävien potilaiden lääkeaineiden yhteensopivuus mahdolliset yhteisvaikutukset länsimaisen lääketieteen lääkeaineiden kanssa.

Yksiselitteisen uskomushoitojen käyttökiellon sijaan olisikin ensisijaista avoimuus: hoitohenkilökunnan olisi tärkeintä toimia potilaiden kanssa yhteistyössä unohtamatta julkisen terveydenhuollon vastuuta. Heidän on kyettävä vuorovaikutukseen potilaiden ja heidän arvojensa kanssa sekä tukemaan heitä heidän henkilökohtaisissa ja itselleen arvokkaissa valinnoissa. Kuitenkin julkisen terveydenhuollon toiminta perustuu länsimaiseen lääketieteeseen ja heidän tulisi toimia koulutuksensa kautta asiantuntijana potilaan kokonaishyvinvoinnin tukemiseksi. Ammatillisesti korkeatasoisen hoidon takaamiseksi hoitajan tulee noudattaa yhteisesti sovittua tieteelliseen tietoon perustuvia toiminnan

periaatteita. Se myös takaa ja varmistaa hoidon ja palvelun laadun eri ammattilaisten toiminnan välillä, potilaan parhaaksi.

Kirjallisuutta:

- Luukkanen P. & Louhiala P. 1999. *Vaihtoehtohoidot ja etiikka. Suomen lääkärilehti* 31(54): 3887–3889.
- Myllykangas M. 2001. *Puoskarointi käy kaupan. Vapaa Ajattelija* 6.
- Ryytänen O-P. & Myllykangas M. 2003. *Paramedikalisaatio. Duodecim* 119: 1874–1880.
- Saano V. 1995. *Läketieteen vaihtoehdot. Duodecim* 111(1):78.
- Saano V. 2003. *Uskomuslääkintä. Duodecim terveyskirjasto. <http://www.terveyskirjasto>.*
- Saano V. & Myllykangas M. 2006. *Uskomuslääkintä, terveydenhuollon villi rinnakkaisjärjestelmä. Suomen lääkärilehti* 40(61): 4115–4119.
- Tehy. 2008. <http://www.tehy.fi/@Bin/15390572/Microsoft+Word+-+22012008+Kannanotto+usko-mushoidoista.pdf>.
- Teikari M. 2004. *Näyttö ratkaisee uskomuslääkinnässäkin – miten akupunktuurista tuli salonkikelpoista. Duodecim* 120: 919–920.

Taltuta kiire

Hoppu on hoitotyössä tuttu vieras, mutta sitä voi oppia hallitsemaan fiksulla työnjaolla ja olemalla läsnä hetkessä.

Tehyn eettinen toimikunta halusi kuulla hoitajien kokemuksia kiireestä. Se pyysi Tehy-lehden ilmoituksessa hoitajia kuvaamaan, mitä kiire heille tarkoittaa. Kirjeitä tuli 18.

Hoitajista kiire on väistämättä osa nykypäivän hoitotyötä. Kun kiireen syy on potilaan terveydentila, hoitajat eivät koe sitä raskaana: työn mielekkäisyys tulee viime kädessä potilaan parhaasta. Ahdistava kiireen aiheuttaja on aika- ja resurssipula, koska niihin ei voi itse vaikuttaa.

Ohje ”istu hetki ja kiire menee ohi” -ohjeella potilas kuolee ja saa ilmoittaa omaisille kuoleman.

Potilaat ovat usein monisairaita ja heidän hoito vie paljon aikaa.

Realiteetti on karu – 0,5 hoitajaa/potilasa jaettuna kolmeen vuoroon, osastonhoitajakin on laskettu tähän määrään.

Sijaisia saadaan huonosti tai pahimmassa tapauksessa ei ollenkaan. Hoitajia jää eläkkeelle ja heidän paikkansa saattaa jäädä täyttämättä.

Kiireen tunnolla hoitajat tarkoittavat kiireestä puhumista ja tarpeettomia työtehtäviä. Myös liiallinen empaattisuus ja kyvyttömyys asettaa itselleen rajoja aiheuttavat kiirettä.

Osastolla oli enimmäkseen liikaa työtä. Eivät kiire ja työmäärä kuitenkaan aina yhdessä kulje, vaikkakin liian suuri työmäärä altistaa kiireen tunnulle.

...piti keksiä vaikka hyllyjen järjestelemistä, jos mitään muuta ei ollut. ... (hoitovälineitä) piti olla pakattuna puolen vuoden varastot kiireisten aikojen varalle. Tutkimusten tulokset piti saada valmiiksi heti, vaikka tuloksia kyseltiinkin vasta seuraavana päivänä.

Voisinpa kasvaa sellaiseksi sairaanhoitajaksi, joka omalla vuorollaan tekee tehokkaasti, tunnollisesti ja vieläpä taitavasti oman työnsä ja joka sitten saattaa sanoa myös ei, kun oman vuoron lopussa pyydetään vielä jäämään.

Se näkyy ja tuntuu

Hoitajista kiire huonontaa ilmapiiriä, heikentää suoritusta, synnyttää virheitä, myöhästyttää ja aiheuttaa stressiä. Se herättää myös riskitilaisuuksia tunteita, koska se estää tekemästä työtä niin hyvin kuin toivoisi.

Hoitajien mukaan kiire vaikuttaa heihin itseensä ja aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiäkin oireita. Näitä ovat pahoinvointi, hulluksi tuleminen, loppuun palamisen ja tärkeiden asioiden unohtamisen pelko, aggressiivisuus, hikoilu, suorituskyvyn heikentyminen, tehtävien laiminlyönti, epäkohteliaisuus ja mielenkiinnon loppuminen.

Kiireeseen liittyy jatkuva riittämättömyyden tunne. Hoitajat kokevat, että he eivät riitä potilaille, työnantajalle, työkavereille, kotona läheisilleen eivätkä itselleen.

Haluaisin tehdä työni ”täydellisesti” ja antaa jokaiselle potilaalle paljon aikaa ja huolenpitoa.

Työt tulivat tehdyksi, mutta työnjälki oli usein hätäistä.

Välillä on niin kiire, että sisällä velloo ja oksettaa. Mihin minä repeän? Tuntuu, että sekoan kaiken kiireen ja paineen keskellä. Suuri hurja peikko nimeltä burn out hyppää päälleni.

Ja se riittämättömyyden tunne!

Kaikesta kiireestä huolimatta hoitajan on suhtauduttava siihen ammatillisesti. Ei riitä, että on kiire, vaan on teeskenneltävä, ettei sitä ole.

Mutta olen vakuuttunut, ettei kukaan kasvoiltamme lue tätä painetta tai kiirettä.

Kiire ja asenne

Hoitajien mukaan kiire on osa yhteiskunnan yleistä asennetta ja terveydenhuollon säästöilmapiiriä. Kiire hiipii hoitajan työhön myös siinä, että ajatellaan kilttien hoitajatyttöjen jaksavan, vaikka työ on aliresursoitu ja alipalkattu.

Taloudellinen ajattelu viedään toisinaan äärimmilleen, mikä aiheuttaa lisähankaluuksia päivittäiseen hoitotyöhön.

Kuka muu suostuu vallitsevaan tilaan (kiireeseen) paitsi naishoitaja, joka on liian kiltti noustakseen tuntuvaan kapinaan?

Nykymaailmassa kiire liitetään tärkeyteen ja arvokkuuteen. Kiireen ajatellaan ilmaisevan korvaamattomuutta, ja sillä halutaan omalle toiminnalle näkyvyyttä ja kiitosta.

Kiirehtiminen ei välttämättä auta toimimaan nopeammin vaan ainoastaan luomaan kiireen ilmapiiriä. Hoitajat ajattelevat, että kiireisenkin tilanteen voi hoitaa hosumatta ja siksi kiire on asenne. Kiire on hoitajien mukaan olenaisesti sosiaalinen ilmiö. Sen voi tartuttaa tai olla tartuttamatta toisiin.

Tämä herättää pohtimaan jokaisen omaa osuutta: Luotanko omaan arvooni kiireettömänä hoitajana? Mikä on vastuuni kiireen tartuttajana? Miten luon kiireetöntä ilmapiiriä, jossa sekä minä että toiset ihmiset voivat olla aidosti läsnä? Kykenenkö pysähtymään tähän hetkeen vai onko se jo liivahtanut ohi?

Tajusin, että kiire on omien korvien välissä ja omista valinnoista johtuvaa.

...se on keino ostaa hyväksyntää omalle elämälleen, itselleen. Se on kateissa olevan itsearvostuksen paikkaamista, täydellisyyden tavoittelua. Se on.

Kuinka minä pystyisin olemaan kiireetön eli laiska?

...että haluaa olla siirtämättä omaa pakahduttavan, hengästyttävää tunnetilaa työtovereihin.

Priorisointi auttaa

Hoitajat kokevat, että ajan puutteeseen voi vaihtaa priorisoimalla. Vaikka priorisointi tuntuu kylmältä ja laskelmoivalta, se on käyttökelpoinen työväline.

Kiireen tuntua lisää henkinen poissaolo. Jos hoitaja keskittyy potilaaseen ja tehtäviinsä, kiireen tuntu väistyy.

Priorisointi on sanana tyly, mutta toimiva.

Asiat pitää laittaa tärkeysjärjestykseen ja hoitaa yksi asia kerrallaan... Priorisointia ja yhteen asiaan keskittymistä.

Tärkeää on potilaiden ja asiakkaiden hoitaminen oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla.

Parhaimmat oivallukseni ovat koskeneet "kiireettömyyttä potilaskontaktissa"...pyrin olemaan aidosti läsnä – "tässä ja nyt"...läsnä oleva hoitaja rauhoittaa potilasta ja näin häntä on helpompi hoitaa...

...se (kiire) vie hetken mennessään, kyvyn elää täysipainoisesti nyt.

Hyvät käytännöt kuten kirjaaminen ja muistilaput auttavat hallitsemaan kiirettä. Ne toimivat myös jatkuvuuden takaajina, kun seuraava työvuoro voi varmistaa jo tehdyt työt.

Muita käytäntöjä ovat delegointi, yhteiset periaatteet ja koko hoitoryhmän tapaamiset. Keskeistä on myös se, että työt ja tehtävät on selvästi määritelty, oikeudenmukaisesti jaettu ja muiden tiedossa.

Järjestämällä, priorisoinnilla ja tehtävien kirkastamisella voidaan luoda aiempaa läpinäkyvämpi ja kiireettömämpi ilmapiiri. Tämä edellyttää, että työyksiköissä ensiksikin keskustellaan kiireestä. Mikä aiheuttaa yksikösämme kiirettä? Mihin emme voi vaikuttaa ja mihin voimme?

Tätä kautta jokainen yksikkö voi itse päättää, millainen kollegamme nimeltä "Kiire" on luonteeltaan ja mitkä sen tehtävät ovat.

Jag brukar skriva en liten lapp med alla viktiga saker som jag måste komma ihåg att göra. Då slipper ja stressen att vara orolig för att jag inte ska komma ihåg allt.

On ollut pakko oppia delegoimaan töitä ja jakamaan vastuu oman tiimin kesken. Olen kuitenkin työpaikassa, jossa seuraava vuoro jatkaa töitä.

Potilasasiakirjojen ajantasaisuudesta ei pidä tinkiä.

Jokainen tiesi, miksi on työpaikallaan.

Merkittävä kiireeseen vaikuttava tekijä on esimies. Hän saattaa sekä lietsoa kiirettä että antaa esimerkkiä kiireettömyydestä. Esimiehen epäselvä toimenkuva ja poissaoleva rooli tekevät hallaa.

...vain esimiestäitaisia henkilöitä esimiestehtäviin. Osastolla oli pätevä osastonhoitaja.

Pysähtyessään vasemmalla kädellään hoitamaan varsinaista leipätyötään oli hänellä kiire, joka pois sulki mahdollisuuden käsitellä käytännön työn ja työyhteisön ongelmia. Työntekijät tuntuivat olevan hänelle välttämätön paha...

Hoppu tarttuu vapaaseen

Hoitajien mukaan kiire tarttuu vapaa-aikaan. Kotiaskareet tehdään kiireessä ja lopputuloksena on tunne, että ei selviä työstä eikä kotihommista.

Arjesta muodostuu selviämiskamppailu eikä kotona enää jaksa tarttua mihinkään. Hoitajien mielestä on tärkeää pitää selvä raja työn ja yksityiselämän välillä.

Olen hurjassa oravanpyörässä: nousen joka aamu ennen kuutta...(aamutoimet on tehtävä) kamalalla kiireellä. Kiire alkoi jo kotona aamulla töihin lähtöä valmistellessa. Töistä lähtiessä kiire jäi päälle.

Päivän päätteeksi, kun pääsi töistä kotiin, oli tosi väsynyt olo...pelkäsi jo seuraavaa päivää, että mitä se tuo tullessaan.

Entä sitten, kun joku ei tulekaan seuraavaan vuoroon jatkamaan työtäni? Jaksanko kahden vuoron jälkeen olla ystävällinen äiti lapsille, jotka haluavat kertoa omasta ylipitkästä hoitopäivästään?

Hoitajien mielestä etusijalle on asetettava oma yksityiselämä ja jaksaminen. Fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin vaaliminen antaa voimavaroja työhön, mutta siten pystyy purkamaan myös työstressiä.

Hoitajien mukaan on tärkeä tunnistaa oma mahdollinen ei-toivottava käyttäytyminen. Ratkaisu saattaa olla elämäntavan muutos tai jopa työpaikan vaihto. Kun hoitajat olivat luopuneet työpaikasta, jossa oli ikuisen kiireen ja riittämättömyyden tunne, olo oli uskomaton: stressi loppui ja oma itsekunnioitus palasi. Uuteen työpaikkaan on hyvä mennä, kun osaa laittaa asiat tärkeysjärjestykseen ja rajat omalle jaksamiselle.

Stressin puran lenkillä tai tehden jotakin mielekästä hommaa. On pakko ajatella ja helliä toisinaan myös itseään, että voimavarat riittävät auttamaan toisia.

Itsestä on ensin välitettävä välittäökseni muista.

För att undvika stress på arbetsplatsen så tror jag att man bör må bra själv. Börja med att motionera mera, äta och sova bättre.

Tilanne kiireen kesyttämisen jälkeen: lapset saavat nukkua ja heräillä rauhassa äidin keittämälle puurolle.

...ymmärsin, että kiire ei yksinkertaisesti sovi minulle. Päätin, että työkiireet saavat jäädä töihin.

Teen sitä (hoitotyötä) viimekädessä voidakseni muun ajan elää hyvillä mielin perheeni kanssa.

Etiikka tulee konkreettiseksi ja käytännölliseksi, kun on kysymys terveydestä ja sairaudesta, syntymästä ja kuolemasta, hyvästä elämästä sekä ihmisen haavoittuvuudesta ja rajallisuudesta.

Nämä asiat konkretisoituvat tehyläisten työpaikoilla – terveydenhuollon ammattihenkilöt kohtaavat päivittäin eettisiä kysymyksiä.

Tällä julkaisulla Tehyn eettinen toimikunta haluaa antaa evästä ja rohkaista jokaista alan ammattilaista ja opiskelijaa kertomaan ajatuksiaan hoitotyön etiikasta.

Tehyn julkaisusarja: A: Tutkimusraportteja • B: Selvityksiä • C: Muistioita • D: Tilastoja • E: Videot • F: Muut julkaisut
Tehyn selvitykset internetissä: www.tehy.fi/selvitykset

