

Onko lääketieteen eettinen ilmasto muuttunut?

Syöpää sairastavan omainen irrottaa potilaalta kipulaastarin, koska ”opiaatit eivät sovi äidille ja ne tekevät hänestä sekavan”. Vanhemmat kieltävät esikoiseltaan kaikki rokotteet, koska ”rokottaminen on luonnotonta ja vaarallista”. Elinsiirtopotilas toipuu vakavasta myrkytyksestä, jonka aiheutti Kiinasta tilattu yrtilääke. Arvostettu tutkija saa kuulla kunniansa, kun hänet verkkokeskustelussa haukutaan ”teollisuuden kätyriksi ja myrkyttäjäksi” (Fogelholm 2012). Mistä näissä elävän elämän poiminoissa on kysymys? Vanha totuus on, ettei asiakas ole väärässä, mutta miten ja miksi potilaista on tullut asiakkaita, sairaaloista ja terveyskeskuksista gigantteja ja lääkäreistä liha-kaupan väiskejä ja konsultteja?

Klassikkoteoksessaan *The Social System* (1951) yhdysvaltalais sosiologi Talcott Parsons lanseerasi käsitteen ”potilaan sosiaalinen rooli” ja määritteli potilas-lääkärisuhteen perinteisestä arvonäkökulmasta. Parsonsin mukaan potilaan sosiaalinen rooli rakentuu niistä odotuksista ja normeista, joita yhteiskunta potilaana olemiselle asettaa. Parsonsin kuvaamassa perinteisessä potilaskäsityksessä korostuvat passiivisuus ja sopeutuvuus. Potilas alistuu hoidon asettamiin vaatimuksiin ja kunnioittaa hoitohenkilön arvovaltaa. Hän on ensisijaisesti objekti, hyvää tarkoittavan toiminnan kohde, ei itsenäinen toimija, subjekti. Taustalla on paternalistinen ajattelu, jonka mukaan sairauden heikentämä potilas ei ole halukas tai kykenevä osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Beauchamp ja Childress 2001, Louhiala ja Launis 2009). Hoidolliset valinnat on tehtävä potilaan puolesta, eikä potilaalla ajatella olevan niihin liittyviä tiedollisia tarpeita. Luottamus lääkäriin on perinteistä, ”sokeaa”.

Vanha potilaskäsitys murtui Suomessa ja monissa muissa Euroopan maissa 1980-luvulla. Paternalismin korvasi potilaan aktiivisuutta ja osallistumista korostava itsemääräämisoikeusajattelu. Uuden potilasoikeuslain (1992) myötä yksilöllisen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta tuli Suomessa lääkärinkunnan virallistettu normi. Potilaan tiedolliset oikeudet nousivat keskiöön, ja tietosuojakysymyksiin alettiin kiinnittää yhä enemmän huomiota (Launis 2007, 2010b). Lääkärit kohtasivat uudenlaisen potilaan, joka saattoi pyytää tietoa eri hoitovaihtoehdoista tai ilmoittaa kieltäytyvänsä kaikista hoitotoimenpiteistä. Luottamus potilaan ja lääkärin välillä ei ollut enää sokeaa vaan tietoiseen suostumukseen – siis eräänlaiseen yksipuoliseen sopimukseen – perustuvaa. Potilaan velvollisuuksista puhuminen ei tuntunut mielekkäältä.

2000-luvulla potilaan ja lääkärin suhde on saanut yhä enemmän liiketaloudellisia ja oikeudellisia ulottuvuuksia. Puhumme asiakkaista, terveystarpeista ja vastuullisesta terveystaluttamisesta. Terveystaluttaminen merkitsee sitä, että lääkärin ja potilaan sekä toisaalta potilaan ja terveystaluttajien ja -tuotteiden suhde on erilaisten markkinamekanismien (mainonta, kuluttaminen, asiakaskeisyys) läpäisemää. Markkinoiden kansainvälistymisen ja internetin nopean kehityksen myötä terveystaluttajien valvonta on karkaamassa lääkärin ja valvontaviranomaisten käsistä. Vaikka ihmiset ovat aiempaa terveempiä, terveys ja sairaus käyvät kaupaksi – hyvänä esimerkkinä internetistä tilattava geenitesti (Tupasela 2010, Toiviainen 2011).

Äärimmäisen autonomian käänntöpuolena on, että potilas-kuluttajan vapaus ja vastuu on

usein vain näennäistä. Pyrkimys itsenäiseen, omasta elämäntilanteesta ja arvomaailmasta kumpuvaan harkintaan vesittyy, kun voittoa tuottavia terveystarpeita ja -tarpeita iskostetaan potilaaseen terveystarpeiden ja -markkinoinnin avulla. Vaikutelmaa vapaasta kilpailusta yksityisen tiedon ja julkisen (virallisen) tiedon välillä vahvistaa myös havainto, että potilaat etsivät tietoa aktiivisesti ja jakavat kokemuksiaan vertaistukiryhmissä ja internetin foorumeilla. Tiedon ja huuhaan raja voi olla hämärä, eikä potilaille ole edellytyksiä arvioida tieteen ja tutkimuksen nimikkeillä liikkuvia suosituksia. Denialismiin (niiden asioiden kieltämiseen, joista tiedeyhteisössä vallitsee yksimielisyys) ja reduktionismiin (yksinkertaistaviin kausaaliselityksiin) perustuvat uskomukset kilpailevat lääketieteellisten analyysien kanssa usein tasavertaisina (Strandberg 2009).

Kriittistä potilas-asiakasta saattaa häiritä se, että tieteellistä tutkimustietoa ja asiantuntijoiden mielipiteitä on olemassa valtava määrä ja tieto on helposti useimpien ihmisten saatavilla. Tutkijat yltävät selvityksissään harvoin täyteen varmuuteen, mikä luo tarpeen tulosten tulkinnalle ja tietojen vertailulle omien kokemusten ja tuntemusten pohjalta. Polarisoiva julkinen keskustelu (esim. rokotteista, karpauksesta tai uskomushoidoista) vahvistaa vaikutelmaa ”kahdesta totuudesta”, jolloin tieteelliset arviot saattavat jäädä ideologisten uskomusten ja näennäistiedon jalkoihin. Tietovajemallin mukaan ihmiset hyväksyvät terveydenhuollon ja tutkimuksen viralliset tavoitteet ja arvopäämäärät, kunhan he tietävät asioista riittävästi. Tämä käsitys on nykypäivän Suomessa auttamatta vanhentunut.

Osa niistä, jotka osaavat ja haluavat suhtautua kriittisesti markkinoiden synnyttämiin

mielikuviin ja terveystarpeisiin, ovat alttiita toisenlaiselle vääristymälle: terveyttä koskeva hallitsematon ja odottamaton tuntuu nykyihmisestä helposti sietämättömältä. Syitä ei nähdä olevan ilman syyllisiä eikä riskejä ilman vastuuttomuutta ja laiminlyöntejä. Hiljattain käyty rokottekeskustelu tukee osaltaan havaintoa, että epävarmuuksien sietomme näyttäisi vähentyneen ja terveyteen liittyvä hallinnantarpeemme vahvistuneen aikaisemmasta. Keskustelu terveydenhuollon eettisestä ilmastonmuutoksesta on kuitenkin edelleen pääosin käymättä (Launis 2010a). Edellä tekemäni havainnot ovat osin kiistanalaisia, eikä muutoksen suunnastakaan ole käyty julkista arvokeskustelua. ■



VEIKKO LAUNIS,
lääketieteellisen etiikan
professori
Turun yliopisto, kliininen laitos

SIDONNAISUUDET
Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5. painos. Oxford: Oxford University Press 2001.
- Fogelholm M. Ravitsemustutkijat kovilla julkisessa keskustelussa. Tieteessä tapahtuu 2012(1):1–2.
- Launis V. Cosmetic neurology: sliding down the slippery slope? Camb Q Healthc Ethics 2010a;19:218–29.
- Launis V. Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. Sosiaalilääket Aikak 2010b;47:136–9.
- Launis V. Moniarvoinen terveys. Turku: Areopagus 2007.
- Louhiala P, Launis V. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita 2009.
- Parsons T. The social system. London: Routledge & Kegan Paul Ltd 1951.
- Strandberg T. Denialismi – tieteen salakavala syöpä. Suom Lääkäril 2009;64:3528–9.
- Toiviainen H. Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. Duodecim 2011;127:777–83.
- Tupasala A, toim. Consumer medicine. TemaNord 2010:530. Nordic Council of Ministers, Copenhagen 2010.