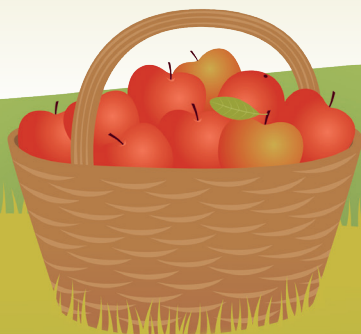




NÄKÖKULMIA IHMISEEN JA IHMISYYTEEN

Avoin eettinen foorumi



NÄKÖKULMIA IHMISEEN JA IHMISYYTEEN

Vol 1.

Avoimen eettisen foorumin
20-vuotisjuhlakirja

toim.

Heikki Ahtola

Maarit Hamunen

Heli Heikkinen

Mirja Huusari-Kotilainen

Anu Kareinen

Maarit Pippola

Mikael Taylor

Siun soten julkaisuja 2/2020

ISBN 978-952-9793-82-2

ISSN 2490-032X

Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveysten kuntasoyhtymä

Taitto & paino:

LaserMedia Oy

Joensuu

2019

SISÄLLYSLUETTELO

1. Prologi: Kotelosta perhoseksi	6
2. Kiitokset	11
3. Syntymä ja kuolema – elämän ääripäät	13
<i>Mari Juuti</i>	
4. Virheen kaksi uhria	17
<i>Heikki Ahtola</i>	
5. Elämän ilta ja hoidon rajat	27
<i>Matti Reinikainen</i>	
6. Väärinkäytösten varjot auttamisammateissa	30
<i>Jaana Hallamaa</i>	
7. Kollegiaalisuus: haasteet ja mahdollisuudet	36
<i>Heikki Pälve</i>	
8. Ammattina auttaja – syntykö kokemuksesta viisautta ja voiko sitä siirtää?	40
<i>Pekka Ropponen</i>	
9. Auttamisen filosofiaa – kokemuksia työskentelystä Afrikassa	43
<i>Ville Vänni & Maarit Pippola</i>	
10. Parantava katse – maailman ihanimmat lastenkodin tytöt jättivät jäljen auttamistyöhön	51
<i>Miina Savolainen</i>	
11. Lasten oikeus turvataitoihin: puuttuva pala terveyskasvatusta	58
<i>Raisa Cacciatore</i>	
12. Voidaanko hoitoyksinäisyydelle ja kärsimykselle laskea hintaa?	62
<i>Liisa Karhe</i>	

13. Kosketuksen merkitys ja voima hoitotyössä	66
<i>Taina Kinnunen</i>	
14. Hoivataistelu.....	69
<i>Kirsi Hiilamo</i>	
15. Kuinka kansalainen muuttuu potilaaksi?	74
<i>Riikka Lämsä</i>	
16. Toivoton tapaus – matka mielenterveysasiakkaasta tohtoriksi	79
<i>Päivi Rissanen</i>	
17. Riskeistä vielä kerran ja diagnooseista	83
<i>Timo Airaksinen</i>	
18. Kuolema – opettajista viisain ja vihollisista viimeinen	86
<i>Torsti Lehtinen</i>	
19. Totta toinen puoli?	90
<i>Seppo Knuuttila</i>	
20. Eettinen organisaatiokulttuuri näkyy työpaikalla jokapäiväisissä valinnoissamme	96
<i>Maiju Kangas</i>	
21. Arvopäivä	99
<i>Maarit Hamunen</i>	
22. Läsnaolon kokemukset yhdistävät ihmisiä ja lisäävät organisaatioiden luovuutta	106
<i>Virpi Koskela</i>	
23. Muutoksen tarve ja tavoite	109
<i>Martti Kekomäki</i>	
24. Medikalisaatio sairastuttaa kaikki	114
<i>Markku Myllykangas</i>	

25. Paperittomat ja terveydenhuolto	119
<i>Ville Elonheimo</i>	
26. Hyvän elämän jäljillä	123
<i>Arto O. Salonen</i>	
27. Taide kokonaisvaltaisena filosofiana	126
<i>Teemu Mäki</i>	
28. Luonto hoitaa	131
<i>Anu Kareinen</i>	
29. Kirje Einsteinille	136
<i>Mirja Huusari-Kotilainen</i>	
30. Epilogi: uusin silmin	138
 FOORUMIN JUURILLA, VIRTauksen Alkulähteillä	 141
31. Avoin eettinen foorumi – Näkökulmia ihmiseen ja ihmisyyteen	141
<i>Maarit Hamunen</i>	
32. Paavo Juvosen muistokirjoitus	148
<i>Leena Leppälä</i>	
33. Elämäankaari – keskusteluja Paavon kanssa	150
<i>Maarit Pippola</i>	
34. Leena Leppälän haastattelu	152
<i>Päivi Lång</i>	
 Kirjoittajat	 155
Toimijat 1999 – 2019	158
Avoin eettinen foorumi 1999 – 2019	160

1. PROLOGI:

KOTELOSTA PERHOSEKSI

”Se olikin aika mielenkiintoinen juttu! Alkuvaiheessa kollegat kysyivät, että puhuteko te siellä muustakin kuin abortista ja eutanasiasta?”. Psykiatrian ylilääkärin ja foorumimme yhden perustajajäsenen, Pekka Ropposen vastaus havahdutti. Olin toiminut siinä vaiheessa jo useamman vuoden foorumikoordinaattorina, kun tiedustelin foorumin käynnistymistarinan yksityiskohtia. Foorumin nykyisessä maisemassa starttivaiheen synnytyskivut olivat hälvenneet jo kauas taakse. Sosiaali- ja terveydenhuollon eettiseen keskusteluun liittyvät kapeikot voivat silti edelleen tulla vastaan auttajan tiellä.

Pablo Neruda on kuvannut runoilijalle ominaiseen tapaan suhdettaan runoon: ”Se on kaikki mikä häntä ympäröi, ja ellei ympäristö tunkeudu runoon, runo on kuollut: kuollut siksi, ettei se ole saanut hengittää.” Nerudan ajatuksen kohdalle voisi yhtä lailla vaihtaa käsitteen ’etiikka’. Käsitteenä etiikka on kuollut ellei ympäristö, elämä tunkeudu siihen. Huolimatta siitä, että sosiaali- ja terveydenhuolto on ankkuroitu mitä perustavimmin eettiseen kysymyksenasettelun mereen, ei eettisen keskustelun arvoa ole aina yksioikoisesti tunnistettu, tunnustettu ja turvattu.

Kun eettinen keskustelu ei saa hengittää, suhde etiikkaan jää koteloksi. Se merkitsee ensinnäkin etiikan viitekehyksen kapeutumista. Tällöin etiikka ymmärretään pohdinnan arvoiseksi ainoastaan pinnalla kelluvien ja julkilausuttujen aihepiirien osalta, kuten eutanasia-abortti-väaristymä todistaa. Toisekseen koteloitunut etiikka merkitsee etiikan luonteen yksipuolistumista, jolloin etiikkaan asennoidutaan juridisesti tai sääntöpohjaisesti. Tämänkaltaisen eettinen suhde ulkoistaa itsestä pois niin oman henkilökohtaisen eettisen vastuun kuin myös eettisen mahdollisuuden sekä kanavoi eettisen ymmärryksen ainoastaan velvollisuusetiikan ahtaaseen uomaan.

Perhosen kotelosta vapautuvaa aikuista perhosta kutsutaan virallisesti imagoksi (lat. kuvan kaltaisuus). Kotelosta vapautuvaa eettistä tietoisuutta voisi kutsua puolestaan imaginääriseksi eettisyydeksi. Sen ytimessä on perhosen siipien herkkyyttä kysyvä moraalinen mielikuvitus (imagination). Filosofin Jonathan Gloverin mukaan moraalisisessa mielikuvituksessa on keskeistä kyky nähdä se, mikä on inhimillisesti ottaen tärkeää. Tällöin mielikuvituksen avulla pystytään ylittämään esimerkiksi etäisyyden, sisäryhmäajattelun, yleisen normin tai virallisen menettelytavan kaltaisia muureja. Imaginäärisessä etiikassa on tai voisi olla lisäksi mukana myös idea auttamistyöstä palvelevana johtajuutena ja ykkösketjun paikkana hyvän elämän mahdollistamisessa.

Vuodesta lähtien 1999 Joensuussa, Pohjois-Karjalan keskussairaalassa on stimuloitu luovasti moraalista mielikuvitusta. Avoin eettinen foorumi (AEF) on ollut paikka dialogille ja asioiden kiireettömälle tarkastelulle. AEF on muodostanut virtauksen, joka on kuljettanut eteenpäin eettistä ja katsomuksellista keskustelua sosiaali- ja terveydenhuollon, ihmisen kohtaamisen ja työyhteisön kysymyksistä. Ensin sairaanhoidopiirissä ja nykyisin Siun soten viitekehyksessä. Viimeisen 20. vuoden aikana foorumilla on toteutettu vuosittain kahdeksan asiantuntija-alustusta jatkokeskusteluineen.

Foorumin perustajien suuri viisaus näkyy foorumimme avainkäsitteissä: ihminen ja ihmisyyys. Tunnuslauseemme onkin *Näkökulmia ihmiseen ja ihmisyyteen*. Tätä punaista lankaa seuraten olemme huomaamatta löytäneet itsemme etiikan ytimestä eli kysymyksen, mitä merkitsee olla ihminen: ihminen, jonka tehtävä on auttaa. Kun juuremme on ollut ihmisyyden eetoksessa, on se puolestaan luonut otollisen maaperän moniammatilliselle foorumille. Moniammatillisuus on taas vuorostaan ollut silta foorumin rakentumisessa yhteiseksi areenaksi, jonne ovat löytäneet tiensä myös monet eettiset etsijät työyhteisön ulkopuolelta.

Viidennesvuosisadassa foorumi on kulkenut tien munasta toukaksi, toukasta koteloksi ja kotelosta perhoseksi. Sinä aikana on ehtinyt ker-

tyä tusinoittain avartavia alustuksia: sadoittain osallistujia, tuhansittain osallistumiskertoja ja lukematon määrä elähdyttäviä keskusteluja. Avoin eettinen foorumi on tietävästi Suomen ainoa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation sisäinen toimintamalli säännölliselle ja moniammatilliselle eettiselle keskustelulle. Foorumilla on ollut alusta asti selkänोजनाan sekä moniammatillinen työryhmä että foorumiin erikseen keskittyvä koordinaattori, joka on voinut panostaa foorumityöhön suunnitelmallisesti ja päämäärätietoisesti.

Vuosi 2019 on foorumimme juhluvuosi. Työryhmässämme virisi visio juhla kirjasta. Kirjasta, joka koostuisi foorumialustajien lyhyistä esseistä oman alustuksensa aihepiiristä. Tehtävää varten muodostettiin kirjatoimikunta. Toimikunta asetti esseiden osalta johtotädeksi sekä monipuolisen menun että foorumin keskeisiä viitepeisteitä seuraavat kattoteemat: autettava, auttaja ja auttamisen etiikka ja työyhteisödynamiikka ja sosiaali- ja terveydenhuollon ilmiöt sekä taide, henki ja eksistenssi. Esseitä pyydettiin etupainotteisesti vuoden 2011 jälkeen alustuksen pitäneiltä tahoilta. AEF:n nettisivuilla – www.avoineettinenfoorumi.fi – oli jo näiden alustajien osalta olemassa peruspohja esseille lyhyiden tiivistelmien muodossa. Kirjoittajille tarjottiin kirjahankkeen myötä samalla mahdollisuus päivittää viestinsä nykyhetken tiedoin ja näkökulmin.

Iloksemme suurin osa esseepyynnön saaneista alustajista vastasi kirjoituspyyntöön. Visio kirjasta muuttui eläväksi. Toimikunta on sijoittanut esheet parhaan harkintansa mukaan temaattiseen järjestykseen pyrkien synnyttämään dynaamisesti kasvavan kokonaisuuden auttajan käytännön todellisuudesta kohti laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon kysymyksenasettelua ja yleisinhimillisiä näkökulmia. Kirjan loppuun on sijoitettu lisäksi foorumin historiaa taustoittavia tekstejä ja materiaalia sekä työryhmäläistemme omaa ääntä. Erityisesti foorumin historiasta kiinnostuneille suosittelen lämpimästi työryhmämme

pitkäaikaisen jäsenen Maarit Hamusen henkilöstölehdessä aikanaan julkaistua artikkelia *Avoim eettinen foorumi – Näkökulmia ihmiseen ja ihmisyyteen*.

Kirjamme tehtävä ei kuitenkaan ole itsetarkoituksellisesti olla kirja juhlavuoden itsensä tähden. Kirjan avulla saamme mahdollisuuden tuoda foorumimme kasvun ja toivon maailman tyystin uudelle sivulle. *Näkökulmia ihmiseen ja ihmisyyteen* on ainutlaatuinen ikkuna kohti avartuvaa moraalista mielikuvitusta. Lukemista matkalla kohti imaginääristä eettisyyttä.

Kohti kirkkauksia ja ylöspäin!

Mikael Taylor

Avoimen eettisen foorumin koordinaattori



2. KIITOKSET

Avoin eettinen foorumi on avannut näkökulmia ihmiseen ja ihmisyyteen 20 vuotta Pohjois-Karjalan keskussairaalassa, nykyisin Siun sotessa. Nyt osa näkökulmista löytyy käsissäsi olevasta kirjasta.

Olemme saaneet suunnitella, toteuttaa ja tarjota mielenkiintoisia dialogin hetkiä, kohtaamisia ja foorumikokonaisuuksia tilaa antavassa ilmapiiressä. Tämä ei olisi ollut mahdollista ilman organisaation johdon tukea. Avoin eettinen foorumi on siis osaltaan tarinaa organisaation johdon upeasta onnistumisesta.

Kiitos foorumimme asiantunneville alustajille. Jokainen teistä on tuonut kiehtovan maailman mukanaan. Siivu tästä upeudesta on nautittavissa tästä kirjasta. Alustajiemme hyvät jäljet elävät sekä foorumimme henkisessä pääomassa että osallistujien auttamistyössä ja monessa kauneudessa, jota emme osaa edes sanoittaa.

Foorumimme juuret ja siivet ovat aina olleet turvallisesti kiinni työryhmäläisten vahvassa selkärangassa. Työryhmäläisten panos on usein ollut ratkaiseva, ja taka-alalla vaikuttavaa kantavaa voimaa voisi nostaa esiin vielä paljon kirkkaammin.

Mikään foorumi ei voi myöskään toimia ilman käytännön toimien toteutusta. Foorumin koordinaattorit (aiemmin nimikkeellä yhdyshenkilö) ovat auttaneet pitämään liikkuvat osat hyppysissä, luotsaamaan toimintaa alati eteenpäin antaen samalla foorumille persoonalliset kasvot.

Keskustelua, dialogia ei synny ilman osallistujia. Kysyjät, kommentaattorit ja keskustelunavaajat ovat antaneet nostetta ja loistetta. Ennen kaikkea foorumiimme on puhaltanut henkeä hiljaa hymyilevä kuuntelijoiden kansa. Se on omalla osallisuudellaan luonut paitsi hellän

dynaamisen yhteisökokemuksen, niin myös osoittanut, että foorumeilla on todellinen kuulijakunta.

Tämän kirjan osalta suurin kiitos kuuluu kuitenkin esseiden kirjoittajille. Kirjoittajat ovat lahjoittaneet aikaansa, energiaansa ja viisauttaan pro bono. Sen ansiosta foorumimme dialogi saa mahdollisuuden laajentua kirjan kansiin ja siitä eteenpäin kohti arjen etiikkaa. Tämä merkitsee työryhmämme suuren unelman täyttymistä. Autoitte tekemään unelmasta totta.

Ja vielä aivan lopuksi oma erityinen kiitoksemme kirkkauksiin ja ylöspäin jo poismenneelle foorumin isähahmolle, Paavo Juvoselle.

Kiitos!

Joensuussa 29.9.2019

Avoimen eettisen foorumin työryhmä

3. SYNTYMÄ JA KUOLEMA – ELÄMÄN ÄÄRIPÄÄT

Mari Juuti

Lapsen synnyttyä vastasyntyneen ensimmäinen ääni on itku, jonka kuulemista jokainen vanhempi odottaa hengitystä pidättäen. Kun itkuääni kuuluu, äiti ja isä huokaisevat helpotuksesta, ja siinä hetkessä kaikki toivo, ilo ja odotus täyttyvät. Syntymä on luonnollinen, mutta haavoittuva ja hauras hetki, johon sisältyy aina ennakoimattomuutta ja arvaamattomuutta. Syntymän hetkellä on aina läsnä myös kuoleman vaara, jota nykyisin pyritään ennakoimaan ja estämään raskausajan ja synnytyksen tiiviillä seurannalla. Entä jos ääni jää kuulematta? Entä jos odotusten täyttymys kestääkin vain hetken?

Kuolema merkitsee elämän pysyvää lakkaamista ja olemassaolon päättymistä. Kuolemaan liittyy aina menetystä, luopumista ja surua. Odotukset ja toiveet päättyvät ja kuoleman lopullisuus ja peruuttamattomuus tekevät voimattomaksi ja haavoittuvaksi. Vastasyntyneen elämä on vasta aluillaan ja kuoleman pitäisi olla kaukana vanhuudessa. Kaikki suunnitelmat ja valmistelut vauvan kotiintuloon on tehty. Sukulaiset odottavat innokkaina uutisia. Entä jos ketään ei tulekaan kotiin? Entä jos syli jääkin tyhjäksi?

Vastasyntyneiden tehohoitolääkärinä joudun kohtaamaan nämä elämän ääripäät - elämän ja kuoleman. Ammatissani joudun kohtaamaan myös monenlaisia elämäntilanteita ja punnitsemaan tarkoin omia arvojani ja asenteitani sekä hyväksymään myös toisenlaisia näkemyksiä tuomitsematta ja arvostelematta. Lääkärinä joudun päättämään, aletaanko vaikeasti sairasta lasta tai äärimmäisen pientä ja epäkypsää keskosta hoitaa. Päätökset ovat vaikeita ja herättävät monenlaisia tunteita ja

kysymyksiä omassa mielessäni, vanhemmissa ja hoitohenkilökunnassa. Kuka voi päättää elämästä? Kenellä on oikeus elämään? Millainen elämä on arvokas?

Toisinaan joudun pohtimaan yhdessä vanhempien kanssa myös hoidon rajoja. Milloin hoito on syytä lopettaa tuloksettomana ja kärsimystä lisäävänä? Päätöksen tekeminen on kuitenkin viime kädessä minun tehtäväni lääkärinä. Kuinka osaan esittää asian niin, että vanhemmat tulevat kuulluiksi ja huomioiduiksi, mutta kokevat kuitenkin minun tehneen lopullisen päätöksen? Jälleen olemme vaikeiden kysymysten äärellä. Vanhemmat pohtivat usein: Aiheutinko minä lapseni kuoleman? Onko minussa jokin vika tai tauti? Uskallanko enää jatkossa hankkia lapsia? Oliko kuitenkaan oikein tehdä päätös hoidon lopettamisesta? Entä jos lapseni olisikin parantunut? Miksi juuri minun lapseni kuoli?

Omassa mielessäni risteilee myös kysymyksiä: Miten kerron lapsen vanhemmille hoidosta luopumisesta? Onko diagnoosi oikea? Mikä on ”sopiva” määrä kärsimystä? Kuinka kestan vanhempien kysymykset, joihin minulla ei ole vastauksia?

Näiden kysymysten ja vaikeiden päätösten kohtaamiseen on olemassa erilaisia keinoja, jotka voivat auttaa selviämään ja jaksamaan. Kokeukseni perusteella kuolevan tai kuolleen lapsen vanhempia ja sisarusia voi auttaa ja kannatella mahdollisuus olla lapsen lähellä kuoleman hetkellä ja sen jälkeen. Hätäkaste tai kaste on monelle tärkeä riitti, johon on oltava valmius osastolla. Valokuvat, hiuskiehkura sekä käden ja jalan kuva kortissa ovat tärkeitä muistoja, jotka auttavat myöhemmin surun läpikäymisessä. Erilaiset kirjalliset ohjeet käytännön asioista, esimerkiksi hautajaisjärjestelyistä, auttavat vanhempia jäsentämään lähitulevaisuutta, kun mieli on kaaoksessa tapahtumista. Kriisiavun sekä käytännön avun ja tuen tarjoaminen ja järjestäminen on myös tärkeää. Sukulaiset kokevat usein keinottomuuden ja avuttomuuden tunteita. Heidän mukaan ottaminen osaksi perheen arkea on usein arvokas ja

sukua yhdistävä asia. Konkreettiset asiat, kuten ruuan laitto, kaupassa käyminen, pyykin pesu ja niin edelleen ovat arkisia asioita, joiden kautta yhteenkuuluvuuden tunne kasvaa.

On hyvin tärkeää käydä keskustelu tapahtumista vanhempien kanssa heti kuoleman jälkeen, vaikka usein tästä keskustelusta perheelle jää mieleen vain vähän tosiasioita. Sen sijaan ilmeet, eleet ja kosketus ovat asioita, jotka piirtyvät tästä hetkestä vanhempien mieleen. Hylkäämiskokemuksen ja yksin jätetyksi tulemisen tunteen estämiseksi on merkityksellistä, että hoitava taho, esimerkiksi omahoitaja, ottaa yhteyttä perheeseen muutaman päivän sisällä sairaalasta lähdön jälkeen. Lapsen kuolemaan johtaneiden tapahtumien läpikäyminen uudelleen hoitavan lääkärin kanssa, esimerkiksi hautajaisten jälkeen ja ruumiinavaustulosten tultua, on tärkeää, jotta mieleen nousseet kysymykset on mahdollista käsitellä. Pidän tätä eheyttävänä erityisesti perheelle, mutta myös itselleni. Samalla varmistetaan, että perhe pääsee surussa eteenpäin, ja tarvittaessa heille voidaan järjestää lisää tukea.

Keskusteluja järjesteltäessä on hyvä muistaa myös lasten rooli osana perhettä. He ovat yhtä lailla osallisia perhettä kohdanneeseen suruun. Myös sisaruksilla voi olla mielessään kysymyksiä, joihin he haluaisivat vastauksia. Lapsille on tärkeää päästä osalliseksi perheen tapahtumiin, jolloin ulkopuolisuuden tunteita tai salattuja ja vaiettuja asioita ei pääse syntymään. On hyvä järjestää ainakin yksi keskustelu, johon kutsutaan mukaan myös perheen lapset.

Vaikeiden päätösten ja tapahtumien jälkeen myös omaan mieleeni nousee kysymyksiä: Teinkö oikean ratkaisun? Olisinko voinut tehdä vielä enemmän? Olisiko joku muu osannut toimia paremmin? Osainko tukea perhettä oikealla tavalla?

Oman jaksamiseni lähtökohtana on, että pystyn noudattamaan yleisesti hyväksyttyjä eettisiä periaatteita: elämää on suojeltava, ja elämä on pelastettava voimavaroja säästämättä. Jokaisella on oikeus saada apua.

Jokaisella on oikeus totuudenmukaiseen tietoon, toivon ylläpitämiseen ja kärsimyksen lievittämiseen.

Omien arvojeni tiedostaminen sekä oma suhtautumiseni elämään ja kuolemaan luovat pohjan sille, että yhteisymmärrys itseni kanssa säilyy vaikeidenkin päätösten jälkeen. Pyrin tekemään kaikki hoitopäätökset siten, että ne eivät sodi omia syvimpiä arvojani, ja toisaalta yleisesti hyväksyttyjä eettisiä periaatteita tai hoitokäytäntöjä vastaan. Hoitopäätöksissäni pyrin aina yhteisymmärrykseen myös vanhempien kanssa.

Surun ja tuskan ymmärtäminen ja hyväksyminen auttaa ymmärtämään ja vastaanottamaan myös vanhempien monenlaisia reaktioita ja tunteita. Rehellisyys itseä ja perhettä kohtaan, ammatillisuus tosiasioineen ja kollegoiden kanssa käydyt keskustelut ja tuki ovat työssä jaksamisen kulmakiviä. Itselleni on tärkeää myös oman puolisoni tuki, ja tarvittaessa työnohjaus ja debriefing. Syntymä ja kuolema ovat osa elämää, ja joskus ne ovat kovin lähellä toisiaan.

4. VIRHEEN KAKSI UHRIA

Heikki Ahtola

MINÄKÖ?

Silja oli hirttäytynyt sairaalan takapihan koivunoksaan varhain aamulla. Lääkintävahtimestarit olivat löytäneet hänet. Asiaa käsiteltiin naisten suljetun osaston aamuraportilla, kun tulin töihin. Tunnelma oli ammatillisen rauhallinen, toteava ja surullinen. ”Sinähän olit Siljan omalääkäri?”, osastonhoitaja sanoi. Hän osoitti sanansa minulle. Olin vastikään tullut sairaalaan kesätöihin. Tittelini oli lääkärinapulainen. Ihmisen tutkimisesta ja hoitamisesta minulla oli vain mielikuvia. Kahden vuoden opiskelun aikana en ollut tavannut yhtään potilasta. Sen sijaan ihmisen ja sammakon anatomia, kudospoppi ja fysiologia olivat tulleet tutuiksi. Nyt oli tarkoitus tutustua sairaalamaailmaan ja lääkärinammattiin. Viettää kesää muiden kandiensa kanssa. Elettiin 70-luvun alkupuolta. ’Omalääkäri’, ajattelin. Kyllä olin. Osaston tapana oli antaa kesäkandeille ns. omia potilaita, joiden kanssa voisi jutella, viettää aikaa ja olla apuna. Ja näin olin tehnyt. Toimenkuvaani ei kukaan koskaan määritellyt. Sanattomana pysähdyin miettimään. Olinko osallinen ja jotenkin vastuussa Siljan kuolemasta? Olisiko minut pitänyt toimia toisin, havaita uhka? Olisinko voinut estää tapahtuman? Asiasta ei sen koommin puhuttu. Osastonlääkäri ei ottanut koskaan asiaa esille. Enkä minä osannut kysyä. Sain uuden oman potilaan.

OSAANKO?

Muutamaa vuotta myöhemmin olin taas kesätöissä, nyt keskussairaalan sisätautiosastolla hoitamassa sydänpotilaita – edelleen kandina, vart-

tuneena. Tunsimme kurssikaverini kanssa olevamme käytännössä vastuussa hyvin sairaista potilaista. Heinäkuu ja loma-aika, mutta erikoislääkäri löytyisi apuun hakulaitteella, jos olisi ongelmia. Ja niitä riitti. Sepelvaltimotaudin akuutti hoito lepäsi silloin kipulääkkeen, nesteenpoiston, levon ja nitron varassa. Ja jos ne eivät riittäneet, niin ei sitten mikään. Monet potilaat kuolivat. Vierailimme toistuvasti patologian osaston ruumiinavaussalissa. Tukkoon muurautuneita sepelvaltimoita. Patologi oli ystävällinen humanisti, empaattinen opettaja. Hänestä tuli meidän seniorimme. Muistikuva tuosta kesätyöstä on sekava ja ahdistava. Menehtyivätkö nämä potilaat siksi, että olivat niin sairaita vai siksi, että en osannut heitä hoitaa? Olisiko joku muu ollut parempi? Epävarmuuden kokemus vaikutti urasuunnitelmiini. Mutta ongelma ei ollutkaan erikoisalassa, sillä sama kysymys on seurannut minua, ja monia muita lääkäreitä, kun hoito on johtanut huonoon tulokseen. Korjaako satoa taudin väistämätön kulku vai minun taitamattomuuteni?

VÄÄRÄ VALINTA

Kirurgian etupäivystys 80-luvulla. Ambulanssi toi autokolarista elvytyshuoneeseen kaksi monivammaista potilasta. Nuori nainen vietiin suoraan leikkaussaliin rajun ja hallitsemattoman sisäisen verenvuodon ja siitä aiheutuneen sokin takia. Vuodon paikka ei ollut tiedossa. Takapäivystäjänä, kokenut kollega oli hetkessä paikalla. Vuotopaikan etsintä aloitettiin vatsaontelosta, mutta maksan ruhje ei selittänyt olemattomaksi hiipunutta verenpainetta. Avattiin vasen rintaontelo, mistä löytyi vuoto, mutta sen tyrehdyttäminen ei korjannut tilannetta. Lopulta laajasti repeytynyt suuri laskimo löytyi oikealta, mutta potilas meni elottomaksi, josta hän ei enää selvinnyt. Alkoi yksinäisen jossittelun aika. Jos leikkausjärjestys olisi ollut toinen? Jos vuoto olisi löytynyt heti, potilas olisi selvinnyt, ehkä. Olisimmeko voineet olla nopeampia? Mistä olisi pitänyt pystyä päättelemään toisin? En tiedä, mitä vastuullinen seniori ajatteli. Asiasta ei puhuttu.

PIKKU JUTTU

Potilas oli saanut kutsukirjeen sairaalasta. Siinä hänet toivotettiin tervetulleeksi osastolle, josta käsin hänelle tultaisiin tekemään diagnostinen haiman kohdistuva tähystystoimenpide. Rutiinijuttu. Sattumalöydöksen viattomuuden varmistus. Hänen vointiaan seurattaisiin yön yli osastolla. Tapasin potilaan pikaisesti toimenpidehuoneessa juuri ennen tähystystä, joka sujui ongelmitta. Haima todettiin kuvauksen perusteella terveeksi. Seuraavana aamuna menin osastolle tapaamaan ja kotiuttamaan häntä, mutta sänky oli tyhjä. Potilas oli yöllä siirretty teho-osastolle saatuaan toimenpiteen seurauksena hyvin vaikean haimatulehduksen. Se on harvinainen komplikaatio, haittatapahtuma, jonka uhka kyseiseen toimenpiteeseen liittyy. Viikkoja kestäneen tehohoitojakson aikana potilaan kanssa käydyissä keskusteluissa tuli ilmi, että etukäteen annettu tieto toimenpiteen laadusta oli ollut selvästi puutteellinen. Potilaille oli syntynyt mielikuva riskittömästä kuvauksesta. Luottamuksellisen potilas-lääkärisuhteen luominen silloin, kun komplikaatio on jo tapahtunut, on erittäin vaikeaa. Informaation antaminen jälkikäteen kuulostaa nololta selittelyltä niin potilaan kuin omaankin korvaan. Potilas toipui ja oli vihainen. Minä tunsin jopa häpeää – omasta ja edustamani työyhteisön puolesta. Ei ole olemassa pieniä toimenpiteitä.

YHTEINEN PÄÄTÖS

Potilaallani oli lantion rakenteisiin kiinnittynyt peräsuolisyöpä. Leikkaushoidolla ei kasvainta olisi saatu kokonaan pois. Tauti ei olisi ollut parannettavissa. Potilaan kanssa pohdimme leikkauksen hyötyjä ja suuria riskejä. Omaisetkin olivat mukana keskusteluissa. Potilas halusi vaikeassa tilanteessa mieluummin säde- ja lääkehoitoa kuin leikkausta taudin etenemisen hidastamiseksi. Oli helppoa tukea potilasta hänen päätöksessään. Mutta tauti oli viheliäinen. Se ei lähettänyt etäpesäkekeitä, vaan levisi paikallisesti tuhoten kudoksia ja aiheuttaen potilaalle

suunnatonta kärsimystä. Seuraavien tuskaisten kuukausien aikana keskustelimme usein hoitolinjavalinnasta, mutta pohdinnan sävy ei ollut syyttävä. Päätös oli tehtyärkevin perustein sen hetkisen tiedon valossa. Yhdessä. Vastakkainasettelua ei syntynyt, meillä oli yhteinen vihollinen. Tauti. Miten vaikea suhteemme olisikaan voinut olla, jos hoitopäätös olisi tehty rationaalisesti kuvantamistutkimusten perusteella ilman keskustelua ja syvällistä paneutumista kokonaisuuteen. Nyt potilas oli ollut päätöksentekijä ja subjekti, oman elämänsä, arvojensa, tavoitteidensa ja oireittensa omistaja ja minä hoitava lääkäri, taudin luonteen, hoitovaihtoehtojen ja riskien asiantuntija ja potilaani tuki.

VIHREÄ VALO OVENPIELESSÄ

Äsken loppui suuren riskin toimenpide. Tauti olisi ollut edetessään tappava. Valmistautumisesta en löydä puutteita. Etukäteen mahdolliseksi arvioitu hoito osoittautui kuitenkin mahdottomaksi siinä vaiheessa, kun perääntymistietä ei enää ollut. Kaikki konstit olivat pelissä. Kellon ympäri. Lohduton umpikuja. Loppu. Omaisten kanssa kävin sumuisen keskustelun.

Istun työhuoneessani yksin. Olo on voimaton, surullinen ja väsynyt. ”Kop, kop, kop. Saanko tulla? Kuulin mitä on tapahtunut. Varmaan todella kurja olo? Voinko jotenkin auttaa?”. Voi hyvä kollegani, jos tietäisit, miten oikeaan aikaan rohkenit lähestyä! Tilanteessa, jossa moni ajattelee, että ”antaa nyt vain olla rauhassa”. Sanoinkuvaamattoman tärkeä ja voimauttava kontakti. Yksinkertainen täsmäisku. Takaisin pinnalle. Sain happea. Opetus: Älä lukitse ovea tai sytytä punaista valoa ovenpieleen, kun luulet haluavasi olla yksin.

KOMPLIKAATIO

Onnistuneista ja potilaita hyödyttäneistä kohtaamisista ja hoitotapahtumista voisi kirjoittaa moniosaisen, iloisen kirjasarjan. Komplikaatiosta syntyisi vain yksi opus. Paksu ja painava. Haittatapahtumat ovat

keskeinen osa lääketiedettä. Sekä hoito että hoidettava tauti voi komplisoitua. Riskin määrä riippuu taudin luonteesta ja hoitomuodosta, oli se sitten lääke tai toimenpide. Näin on ollut aina, nyt ja tulevaisuudessa. ”Primum non nocere – ennen kaikkea välttä vahingoittamasta potilasta”, sanoi Hippokrates. Päätöksenteko on jatkuvaa tasapainoilua hyödyn ja haitan välillä. Komplikaatioita ei vain satu, vaan niitä myös tehdään – hyvää tarkoittaen. Kaikki toiminta haittatapahtumien välttämiseksi on tärkeää ja velvollisuus. Siitä hyötyvät ensisijaisesti potilaat, mutta myös taloudelliset tekijät ovat merkittäviä. Komplikaatioiden hoito on paitsi inhimillisesti rankkaa, myös erittäin kallista. ”Hoito ei saa olla vaarallisempaa kuin tauti” on hyvä toteamus, mutta sitä on usein vaikea noudattaa tapahtumien arvaamattomuuden vuoksi. Parempi toimintaohje voisi olla: ”Estä. Varaudu. Hoida. Suojele – myös itseäsi.”

EXITUS-MEETING JA TUTOR-TOIMINTA

Oma heräämiseni virheiden estämiseen tapahtui 1994, kun löysin amsterdamilaisen pienen kirjakaupan hyllyltä kirjasen Surgical Morbidity and Mortality Meeting (MMM). Siinä neuvotaan seikkaperäisesti, kuinka kaikki yksikössä syntyneet haittatapahtumat käydään systemaattisesti ja analyttisesti läpi. Palaverissa etsitään sellaisia huonoja hoitomuotoja, tekniikoita ja toimintatapoja, joita voidaan korjata. Huomio keskittyy syihin – ei syillisiin. Komplikaatiot luokitellaan virheellisiin diagnooseihin, riittämättömään tekniseen osaamiseen ja väärään tilannearvioon. Omat luokkansa saavat taudin väistämättömään etenemiseen ja toivottomiin tilanteisiin liittyvät haittatapahtumat ja kuolemat. Myöhemmin ovat mukaan tulleet ”hallinnolliset” tekijät. Niitä ovat hoitoketjujen heikot lenkit, yhteistyöongelmat, resurssien puute ja tiedonkulun vaikeudet. Kopioimme mallin sellaisenaan omaan klinikkaamme. Ensimmäinen Exitus-meeting pidettiin syksyllä 1994. Toiminta on 25 vuoden aikana tuottanut monia parannuksia potilaiden hoitoon, riskien hallintaan sekä hoitoprosessin luotettavuuteen. Suljettujen ovien takana pidetyt luottamukselliset meetingit ovat

varmasti tuoneet helpotusta monen komplikaatioon osallisena olleen kollegan elämään. Debriefing, ”synninpäästö”, jonka merkitystä ei liikaa voi korostaa, on keskeinen osa MMM-kokousta.

Samana vuonna jaettiin klinikassamme ensimmäiset tutor-toiminnan lokikirjat. Sen tavoitteena on seurata kollegan tiedollista ja taidollista oppimista ja varmistaa, ettei hän joudu työssään kykyjään vaikeampaan asemaan. Tutor-toiminta kirjoineen parantaa turvallisuutta ja nuorten koulutuksessa olevien kehittymistä lääkäreinä ja kirurgeina sekä tarjoaa luontevan seniorituen komplikaatioiden käsittelyssä.

”KOMPLIKAATIOISSA ON VOIMAMME”

Tautien diagnostiikka paranee ja uusia täsmällisiä hoitomuotoja luodaan. Hoidon vaikuttavuus vahvistuu tieteellisen tutkimuksen avulla. Kehitys on jatkuvaa. Samalla monet hoidot muuttuvat monimutkaisiksi. Koulutiedoilla ei pitkään pärjää, opiskelu ja oppiminen on jatkuvaa, elämänmittaista.

Mutta komplikaatioista ei koskaan päästä eroon, ne vain muuttavat muotoaan. Aina ei mene niin kuin pitäisi. ”Komplikaatioissa on voimamme”, sanoi edesmennyt professori opettaessaan minulle haimakirurgian leikkaustekniikkaa. Omituisen sloganin sisältö avautui minulle vasta vuosien saatossa. Kuka tahansa voi oppia hyväksi leikkaajaksi, mutta vasta syntyvien komplikaatioiden varhainen havaitseminen ja hoito paljastavat lääkärin, hoitohenkilökunnan ja koko yksikön todellisen laadun. Siinä on meidän vahvuutemme tai heikkoutemme. Komplikaatio ei saa tulla yllätyksenä, siihen pitää varautua, sitä pitää väijyä, odottaa ja sitten iskeä. Heti. Päästä niskan päälle ennen kuin tulipalo leviää.

Päivystäneen kollegan yöllä lähettämä meili kuvastaa yleistä uhkaa: ”Ei mennyt hyvin. Sappilekaasipotilaan komplisoitumiseen johtanut moninkertainen virhepäätelmäkettu pelottaa vastaistakin toimintaa

ajatellen. Terv M”. Potilaan kannalta ei ole oleellista vain, kuinka alkuperäinen toimenpide sujui, vaan mikä on hänen toimintakykynsä koko hoitojakson jälkeen. Siksi komplikaatioissa on voimamme.

POTILAS-LÄÄKÄRISUHDE

Hyvä potilas-lääkärisuhde on hättätapahtumien hedelmällisen käsittelyn peruskivi. Kyseessä on yksinkertaisesti kahden ihmisen välinen avoin luottamus ja kunnioitus hoidettaessa sairautta tai sen uhkaa. Siinä osapuolilla on selkeät, erinomaisesti potilaslaissakin määritellyt roolit. Subjektiivinen potilas, avuntarvitsija, ja objektiivinen lääkäri, auttaja. Toimiakseen suhde tulee luoda ennen kuin potilas päättää hoitomuodon hänelle tarjotuista vaihtoehtoista. Annettu tieto hoidon hyödyistä ja haitoista tulee olla potilaalle ymmärrettävässä muodossa. Hänellä tulee olla myös selvä käsitys, mitä tapahtuu, jos hoitoa ei anneta lainkaan. Hyvässä suhteessa potilas voi luottaa, ettei tule hylätyksi, vaikka hänen valintansa olisi ristiriidassa lääkärin mielipiteen kanssa.

Käytännössä olen huomannut, että hoitosuhteen alussa oire tai sairaus on kuin möhkäle potilaan ja lääkärin välissä. Luottamuksen syntyminen myötä lääkärin on hyvä, ja usein helppo, siirtyä henkisesti potilaan viereen, kumppaniksi. Siinä sitten tarkastellaan kylki kyljessä yhteistä harmia samasta vinkkelistä, kumpikin oman roolinsa mukaisesti, toinen toistaan tukien. Pelkkää illuusiota ja romantiikkaa? Ei ole. Koh- taaminen on lääkärin ammattitaidolla ohjattavissa tähän suuntaan. Hitunen empatiaa, pelisilmää ja vuorovaikutustaitoja. Kyllä onnistuu. Ja tästä avoimesta asetelmasta on vaivatonta yhdessä kulkea kohti tule- vaa, oli se sitten sujuva paraneminen, komplikaatioiden värittämä toi- puminen tai taudin väijäämätön eteneminen.

Hyvä potilas-lääkärisuhde voi olla lämmin tai asiallinen, mutta ei kave- rillinen, kylmäkiskoinen tai riippuvuutta aiheuttava. Siihen mahtuu hel- posti 'second opinion'. Empatian esille työntämät tunteet eivät ole haitta,

kunhan ne eivät sekoita rooleja tai päätöksentekoa. Mutta keskeisintä on luoda avoimuus, luottamus ja kunnioitus ennen kuin alkaa tapahtua.

TOINEN UHRI

Virheen sattuessa on ymmärtävä ystävä, kollega, kullan kallis. Akuutissa vaiheessa toiminnan kärki on aiheellisesti potilaan hoidossa ja haitan korjaamisessa. Silloin helposti unohtuu virheen toinen uhri, 'second victim', toiminnallaan haitan aiheuttanut henkilö. Pukuhuoneessa selkään taputtelu, vähättely "älä välitä", "ei se mitään", "on sitä sattunut muillekin" eivät auta, päinvastoin. Tarvitaan aitoa kuuntelijaa ja tukijaa, henkilöä, jolla on kokemusta ja ymmärrystä. Ahdistus voi olla murskaavaa. Syyllisyys voi muuttua häpeäksi.

Kollegojen ja esimiehen vastuu on suuri. Virhettä ja virheen tekijää ei saa piilottaa. Eikä hänen saa antaa piiloutua. Hänelle pitää aina antaa mahdollisuus olla ensimmäisenä kertomassa potilaalle mitä on tapahtunut. Hänen on saatava tilaisuus olla potilaan edessä pahoillaan, kasvotusten. Pyytää anteeksi, riippumatta siitä oliko syy hänen vai olosuhteiden. Se vaatii rohkeutta ja tukea, mutta se kannattaa. Tämä on se hetki, jonka vuoksi hyvää potilas-lääkärisuhdetta on rakennettu. Tämän vuoksi potilasta on informoitu etukäteen. Nyt riski realisoituu. Potilasta ei hylätä. Autetaan eteenpäin, edelleen yhdessä. Myötä- ja vastamäessä. Toimiva potilas-lääkärisuhde on upea työkalu, jonka ansiosta moni turhauttava, epäluuloon perustuva valitus jää tekemättä ja lausunto kirjoittamatta.

Toivon, että monissa yksiköissä on nuorten, koulutuksessa olevien lääkäreiden tuki järjestetty luotettavasti. Kannan enemmän huolta erikoislääkäreiden pärjäämisestä. He ovat usein yksinäisiä puurtajia, vastuunkantajia. Niitä, joita huudetaan apuun tiukan paikan tullen, joille vakavat haittatapahtumat tulevat liian tutuiksi. Mentorin puuttuessa selviämiskeinoksi voi kehittyä välinpitämättömyys ja kyynisyys.

”Lovia tulee pyssyn perään, ei sille mitään mahda”, sanoi kollega. Käsittelemättömyys voi synnyttää uupumusta ja komplikaatiopelon, joka hallitsee tulevaa toimintaa, estää ja hidastaa päätöksentekoa ja välittyy potilaan ratkaisuihin omasta hoidostaan.

LOPPUSANAT

40 työvuoden aikana olen ollut osallisena lukuisissa, ehkä sadoissa potilaan hoitoon tai tautiin liittyvissä haittatapahtumissa. Vähäisissä ja vakavissa. Välillisesti ja välittömästi. Monet ovat jääneet syvälle mielen sopukoihin, eivätkä ne sieltä koskaan lähde pois. Ne ovat vaikuttaneet minuun ihmisenä. Elämälle on tullut perspektiiviä. Virheistä on voinut oppia. Oppiminen on hyödyttänyt potilaita ja kollegoja. Kaikkea ei tarvitse kokea itse.

Olen saanut tärkeää tukea ja apua läheisiltä kollegoilta, ja heidän avulleen kyvyn ja halun jatkaa ja viihtyä ammatissani. Parhaassa mahdollisessa. Uskon suhteen vastavuoroisuuteen.

Kollegiaalisuus ja luottamuksellinen potilas-lääkärisuhde ovat selviämisen perusta. Niitä ei saa uhrata tehokkuuden alttarille. Näen uhkakuvia, mutta uskon valoisaan tulevaisuuteen.

Samojen asioiden kanssa on muinoin pohdiskellut eräs Hippokrates (500 eaa.), jota mukailen:

- Elämä on lyhyt
- Tieto on pitkä hankkia
- Otollinen hetki on ohikiitävä
- Kokemus on erehtyväinen
- Päätöksenteko on vaikea
- Ja tähän lisään: Komplikaatioissa on voimamme

Poistuessani viimeisen kerran työhuoneestani otin mukaan seinältä tärkeän muistilapun.

”Olen valinnut ammatin, jossa tehdään virheitä, jotka aiheuttavat ihmiselle vakavaa haittaa. Virheet ovat usein vääjäämättömiä.

Pyrin aina ennen toimenpidettä kertomaan potilaalle virheiden mahdollisuudesta sellaisella tavalla, jonka potilas ymmärtää, joka auttaa häntä tekemään hyvän päätöksen, mutta joka ei aiheuta tarpeetonta pelkoa.

Virheet eivät johdu minusta, vaan teoista, toiminnasta ja päätöksistä, joita työssäni minun kuuluu tehdä.

Tehtyäni virheen en tunne siitä häpeää, mutta koen olevani syyllinen tekoni takia riippumatta olosuhteista, joissa virheen tein.

Olen pahoillani tekoni takia ja pyydän potilaalta mielelläni anteeksi. Oloani helpottaa, jos hän voi antaa minulle anteeksi, mutta ymmärrän, jos hän ei siihen pysty.

Joka tapauksessa toimin niin, että virheestäni koituu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa ja niin, että vastaavanlaista ei enää sattuisi muille potilaille.

Kaipaän virheen tehtyäni vahvaa henkistä tukea sellaisilta ihmisiltä, joilla on mahdollisuus ymmärtää tilanteeni ahdistavuus.

Virheen tehtyäni tiedän, että uhreja on aina vähintään kaksi: potilas ja minä. Olen lisäuhri. Mutta en ole virhe.”

5. ELÄMÄN ILTA JA HOIDON RAJAT

Matti Reinikainen

ONKO VANHUKSEN PAIKKA TEHO-OSASTOLLA?

On ja ei. Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettisissä ohjeissa (<https://sthy.fi/yhdistys/eettiset-ohjeet/>) tehohoito määritellään seuraavasti: ”Tehohoidon tehtävänä on valvoa, tukea ja tarvittaessa korvata vakavasti sairastuneen potilaan pettäviä elintoimintoja ja hoitaa häiriöiden taustalla olevia syitä. Tehohoitoa tarvitaan, kun potilaalla on hengissä pysymistä vaarantava elintoimintahäiriö tai sellaisen uhka, mutta hänellä arvioidaan olevan mahdollisuudet hyvään toipumiseen. Tehohoidon päämääränä on tilapäiseksi arvioidun hengenvaaran torjunta ja vakavasta sairaudesta tai vammasta toipuminen.”

Tehohoitoa koskevia ratkaisuja ohjaa sama eettinen periaate kuin muutakin sairaanhoitoa: pyri tekemään hyvää ja välttämään vahingoittamista. Tehohoidon aiheellisuutta ja mielekkyyttä pohdittaessa potilaan ikä ei ole ratkaiseva tekijä, vaan kyse on siitä, onko häntä mahdollista auttaa tehohoidon keinoin. Ikäihmisenkin kohdalla vakavan sairauden tai vammautumisen aiheuttama hengenvaara voi olla luonteeltaan tilapäinen ja torjuttavissa. Toisaalta nuorenkin ihmisen sairaus on toisinaan liian vaikea voitettavaksi.

Tavallisia tehohoidon aiheita ovat hengityslaittehoitoa edellyttävä hengitysvajaus, vaikeasta tulehdustilasta tai sydämen pumppausvajaksesta johtuva verenkiertovajaus, kallo-aivovammasta tai neurologisesta sairaudesta johtuvat tajunnan häiriöt, akuutti munuaisten vajaatoiminta ja vaikeat aineenvaihdunnan häiriöt. Usein kyseessä on monen samanaikaisen elintoimintahäiriön yhdistelmä. Teho-osastolla toteutetaan myös leikkauksen jälkeinen alkuvaiheen hoito sydänleikkausten ja

kallonsisäisen neurokirurgian sekä eräiden muiden isojen leikkausten jälkeen. Tehohoitoa pidetään usein kalliina, ja vaatiihan se runsaasti resursseja. Parhaimmillaan hoito on kuitenkin erittäin vaikuttavaa: kuolemanvaarassa olevan potilaan henki saadaan pelastettua ja edessä voi olla vuosia, joskus vuosikymmeniä, hyvälaatuista elämää. Oikein kohdennettu tehohoito on myös kustannustehokasta. Mutta pahimmillaan tehohoidosta on vain haittaa: potilaan vointi ei kohene hoidon myötä, vaan tuloksena on kuolinprosessin venyminen, ja raskaat hoidot voivat lisätä kuolevan potilaan kärsimyksiä.

Korkeakaan ikä ei ainoana tekijänä ole tehohoidon vasta-aihe, mutta toisaalta ikää ei tule myöskään jättää huomiotta hoitopäätöksiä pohdittaessa. Vaikeasti sairaiden potilaiden ennuste heikkenee 35-40 vuoden iästä lähtien melko suoraviivaisesti iän kasvaessa, ja päivystysluontoista tehohoitoa saaneista yli 80-vuotiaista enää puolet on elossa vuoden kuluttua teho-osastolle tulosta. Kalenteri-ikää voimakkaammin ennusteeseen vaikuttavat kuitenkin edeltävä toimintakyky ja pitkäaikais-sairaudet sekä akuutin sairauden vaikeus. Mitä enemmän potilaalla on huonoon ennusteeseen liittyviä seikkoja, sitä heikompi on hänen kykynsä hyötyä raskaista hoidoista, ja sitä vahvemmat perusteet on ratkaisulle pidättäytyä tehohoidosta.

Vanhuuteen liittyy usein haurautta ja toimintakyvyn hiipumista, jotka ovat yhteydessä heikentyneeseen kykyyn toipua vaikeista sairauksista. Ikäihmisellä, joka asuu hoitolaitoksessa tai tarvitsee kotonaan apua päivittäisissä perustoimissa, on olennaisesti heikommat edellytykset hyötyä tehohoidosta kuin itsenäisesti pärjänneellä.

Suorituskykyä rajoittavat pitkäaikaissairaudet huonontavat akuutista sairaudesta toipumisen ennustetta. Iso merkitys on myös akuutin sairauden vaikeusasteella: monen eri elinjärjestelmän pettäminen merkitsee vanhukselle usein toivotonta ennustetta. Hyvin usein ratkaisevin merkitys on kuitenkin hengenvaaran taustalla olevan syyn laadulla: onko

ongelma hoidettavissa? Jos esimerkiksi suolen puhkeama on kirurgisesti korjattavissa, on yleensä mielekästä hoitaa tulehdustilan aiheuttamia elintoimintahäiriöitä, sillä ne ovat pääsääntöisesti ohimeneviä. Jos taas elintoimintojen hiipumiseen johtaa parantavan hoidon ulottumattomiin edenneen sairauden loppuvaihe, ei tehohoitoon pidä ryhtyä.

Itsemääräämisoikeus on keskeinen lääkintäetiikan periaate. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tehohoitoa tarvitseva potilas on kuitenkin hyvin usein niin huonossa kunnossa, ettei hän kykene ilmaisemaan toiveitaan. Jos varmaa tietoa potilaan tahdosta ei ole, niin hoitoratkaisuissa lähdetään yleensä liikkeelle siitä, mikä on lääketieteellisesti arvioiden potilaan etu. Potilaan omaisilta voidaan myös saada tietoa hänen näkemyksistään. Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan tarkoita oikeutta vaatia mitä hyvänsä hoitoja: lääkäri on vastuussa lääketieteellisistä ratkaisuista, eikä hyödyttömiä tai haitallisia hoitoja pidä antaa, vaikka potilas tai hänen omaisensa sellaisia toivoisivat.

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta. Joskus kieltäytymisen taustalla on kuitenkin väärinkäsitys tehohoidon luonteesta: joillakin ihmisillä on virheellinen mielikuva, että tehohoidossa ihmisiä pidetään ”letkuissa”, vaikka toivoa paranemisesta ei ole. Tällaisessa tilanteessa tulee kertoa realistisesti tehohoidon tavoitteista ja mahdollisuuksista.

Aina ei ole mahdollista ennakoida, koituuko tehohoidosta hyötyä. Näkymien ollessa epävarmat päädytään yleensä aloittamaan aktiivinen tehohoito kriittisesti sairaalle potilaalle. Jos hoito ei tuota toivottua tulosta, vaan elintoimintahäiriöt vaikeutuvat hoidoista huolimatta ja toipumisennuste hiipuu olemattomaksi, on oikein luopua hyödyttömiksi osoittautuneista hoidoista. Menehtyvän potilaan hoidosta Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet opastavat: ”On huolehdittava siitä, ettei potilaalla ole kärsimyksiä ja että olosuhteet mahdollistavat arvokkaan kuoleman sekä läheisten hienovaraisen huomioonottamisen.”

6. VÄÄRINKÄYTÖSTEN VARJOT AUTTAMISAMMATEISSA

Jaana Hallamaa

Auttamistyön eettisiä varjopuolia lähestytään usein psykologian kannalta. Martti Lindqvist kirjoitti auttajan varjosta, joka seuraa usein muiden auttamiseen suuntautuvissa ammateissa toimivia. Kun työssä keskeistä on olla muita varten, voi käydä niin, että työntekijä vaatii itseltään kohtuuttomuuksia ja asettaa epärealistisia tavoitteita. Voi syntyä riippuvuussuhteita, joissa auttaja ei pyri tukemaan autettavan autonomiaa vaan käyttää tätä – ehkä tiedostamattaan – omien tarpeidensa tyydyttämiseen. Auttamiseen tulee silloin vallan- ja hyväksikäytön piirteitä.

AUTTAMINEN ON SUHDE

Auttajan varjo jää huomaamatta sitä helpommin, mitä tiiviimmin auttaja keskittyy itseensä ja omaan tekemiseensä. Auttamisesta tulee suorittavaa puurtamista ja sen ydin ihmisten välisenä suhteena unohtuu. Käsitteiden eritteleminen auttaa hahmottamaan asiaa: avun antaminen voi muuttua avun saamiseksi ja vastaanottamiseksi vain, jos auttaminen on auttajan ja autettavan välinen relaatio, jonka suunnasta kumpikin osapuoli on yhtä mieltä ja johon kumpikin omassa roolissaan osallistuu.

Auttamisen luonnetta relaationa voidaan valaista esimerkiksi tosi elämästä. Ambulanssi toi sairaalaan miehen, jolla oli ollut takkinsa povitaskussa Koskenkorva-pullo, joka oli rikkoutunut miehen kaatuessa niin, että terävä lasisärmä oli lävistänyt hänen sydämensä. Mies kiidätettiin leikkaussaliin. Tunteja kestäneen vaativan leikkauksen jälkeen hän sai päiviä intensiivistä tehohoitoa. Toivuttuaan vielä viikkoja vuodeosastolla mies oli toipunut kyliksi lähteäkseen sairaalasta.

Sydänkirurgi, joka oli tehnyt kaikkensa pelastaakseen potilaan hengen, selosti tälle, mitä oli tapahtunut ja kuinka tätä oli hoidettu. Haluaisiko potilas kysyä tai sanoa jotain vielä ennen lähtöään? ”Ei muuta kuin, että harmittaa vietävästi, kun se pullo oli korkkaamaton!” Sydänkirurgi tunsi turhautumista. Hän ja hoitotiimi olivat ponnistelleet pitkään, tehneet parhaansa, ja potilas oli toipunut. Lääkäristä tuntui kuitenkin, että jossain suhteessa apu ei ollut mennyt perille.

Mistä lääkärin turhautuminen kertoo? Hoitotoimien lopputuloksen kannalta voi sanoa, että hän ja muut potilaan hoitoon osallistuneet olivat onnistuneet, kun potilas oli tervehtynyt ja hänet voitiin kotiuttaa. Jotain jäi kuitenkin saavuttamatta, koska potilaan repliikki paljastaa, että onnettomuuteen johtaneet syyt – potilaan elämän prioriteetit – eivät näyttäneet muuttuneen sairaalahoidon aikana mitenkään.

Voimme asettua turhautuneen sydänkirurgin asemaan ja pohtia, mikä olisi saanut hänet tuntemaan, että apu oli mennyt perille. Turhautumisen sijaan lääkärin olisi luultavasti täyttänyt aivan toisenlainen tunne, jos potilas olisi vastannut lääkärin tiedusteluun: ”Kiitos kaikista ponnisteluistanne, joiden arvoa en pysty ilmaisemaan. Pelastitte henkeni. Ymmärrän, että elämäntapani oli vähällä tappaa minut. Minulla on täällä sairaalassa ollut aikaa pohtia asioita. Haluan toipua alkoholismista, ja kuntouduttuani toivon voivani elää tarpeellisenä yhteiskunnan jäsenenä ja auttaa puolestani muita.”

APU ERILAISINA HYVINÄ

Apu suuntautu johonkin autettavalle tärkeänä arvoon tai asiaan, jonka tämä on vaarassa menettää tai jota tämä ei voi säilyttää tai saada ilman auttajan toimintaa. Auttamisen ihanteeseen kuuluu toive, että autettava ei jää avun passiiviseksi kohteeksi, vaan voimaantuu auttamaan itse itsensä ja toimimaan myös muiden hyväksi. Auttaminen muodostaa auttajan ja autettavan välille suhteen, johon kumpikin toiminnallaan osallistuu.

Auttaminen on kiireellisintä silloin, kun jokin autettavan kannalta tärkeä asia on vaarassa tuhoutua tai mitätöityä. Koskenkorvapullon särön sydämeensä saanut mies olisi kuollut, jos ensihoitajia ei olisi hälytetty paikalla, ja he eivät olisi toimittaneet miestä leikkaustiimin käsiin. Tajutonta voidaan auttaa hänen näkemyksestään välittämättä, mutta useimmiten avun antaminen on mahdollista vain, jos sen kohde sallii itseään autettavan. Esimerkin potilaan oli suostuttava avun vastaanottajaksi leikkaukseen jälkeen sairaalassa, kun häntä hoidettiin pitämällä yllä hänen elintoimintojaan ja vahvistamalla niitä niin, että toipuminen edistyi. Tukena oli käytetty erilaisia ulkoisia apuja, kuten esimerkiksi rollaattoria, jonka turvin voimiltaan heikko toipilas voi harjoitella kävelemistä. Apuväline on kuitenkin hyödytön, jos ihminen ei käytä sitä. Sen käyttö voi tyssätä siihen, että käyttö vaatii opettelua tai muuta vaivannäköä. Vaikka apua on tarjolla, se ei ole hyödyksi, koska autettava ei osallistu ja tee omaa osuuttaan.

Vaativimpia auttamisen muotoja ovat ne, joilla yritetään lisätä ja vahvistaa jotakin autettavan omaa voimavaraa. Usein on kyse erilaisesta ohjaamisesta, valmentamisesta tai opettamisesta. Fysioterapeutin ohjeista ei ole hyötyä, jos potilas ei tee harjoitteita. Kukaan ei voi tehdä toisesta huippu-urheilijaa eikä mestarimuusikkoa. Minkä tahansa asian opettaminen edellyttää, että toinen osallistuu siihen omalla panoksellaan. Mitä monimuotoisemman voimavaran vahvistamisesta on kysymys, sitä suuremmaksi ohjattavan oma panos tulee.

Auttamisen tarkasteleminen suhteena tekee näkyväksi, että onnistunut auttaminen on yhteistoimintaa, jossa avun kohteen panos muodostuu avun vastaanottamisesta ja hyödyntämisestä. Parhaassa tapauksessa avun hyväksyminen vahvistaa apua saanutta niin, että hän laajentaa puolestaan hyvän kehää auttamalla muita.

Edellä kuvaamani sydänkirurgin turhauma johtuu auttamista koskevan erittelyn valossa siitä, että vaikka lääkärin ja hoitotiimin toiveena ja tavoitteena oli auttaa potilasta kaikin tavoin, potilaan käsitys siitä,

mikä on hänelle hyväksi ja millaiset mahdollisuudet hänellä on, ei muuttunut hoidon aikana. Hoidon onnistuminen mahdollisti sen, että potilas kykeni jatkamaan itsetuhoista elämäänsä, joka oli ollut hänen hoitoon päätymisensä syy.

AUTTAMINEN JA HOITOPROFESSIOIDEN ETIIKKA

Auttaminen on hyvän edistämistä ja siksi mahdotonta ilman käsitystä tavoitteesta. Terveystenhoitolossa hyvä määräytyy alan yleisten tavoitteiden ja hoitoprofessioiden etiikasta. Terveystenhoidon tavoitteena on lisätä ja vahvistaa hyvinvointia ja terveyttä ehkäisemällä, parantamalla, kuntouttamalla, ylläpitämällä ja lievittämällä. Myös ammattitaito ja –osaaminen määrittävät, miten potilaita pitää auttaa ja kuinka se tehdään.

Terveystenhoitolossa korostetaan nykyään myös potilaan autonomiaa ja tasa-arvoa. Arvojen toteuttamiseen kuuluu, että terveystenhoito palvelee kaikkia ihmisiä ja kunnioittaa jokaisen ihmisarvoa niin, että jokaista hoidetaan hänen tarpeensa mukaan paheksumatta ja moralisoimatta. Vaikka kaikki elämäntavat ei ole terveellisiä, potilasta ei tuomita, koska hyvä hoitosuhde voi toteutua vain kunnioituksen varassa.

Tilanne ei kuitenkaan ole helppo, vaan hoitoprofession edustaja joutuu usein pujottelemaan kahden karikon välistä. Toisaalla hoitosuhdetta uhkaa paternalismin Skylla, joka saa ajattelemaan, että ammattilainen tietää autettavaa paremmin, mikä tämän hyvä on. Toisaalta hoitosuhteen voi vaarantaa hylkäämisen Kharybdis, jossa auttajan ammattikuva määrittelee tarkasti avun rajat, eikä autettavaa nähdä kokonaisuutena ihmisenä.

Tueksi näiden kahden vaaran välttämiseksi tulee se, että institutionaalisisessa auttamisessa hoitoon osallistuvilla on suhde paitsi potilaaseen myös omaan työyhteisöönsä ja professioonsa. Työyhteisö voi olla auttamisen verraton tuki tai sen merkittävä vaikeuttaja.

Profession jäsenyys on vaativan auttamistyön luovuttamaton voimanhäde ja terveydenhuollossa se on tärkeä auttamisen taustavaikuttaja. Se tarjoaa toiminnalle ulkoiset puitteet ja erilaiset resurssit, vastaa sen organisoimisesta ja hallinnoimisesta. Sen varassa toteutuvat toimijoiden väliset institutionaaliset suhteet ja roolit mutta se vaikuttaa myös heidän välisiinsä epävirallisiin suhteisiin ja rooleihin.

EPÄKOHDAT JA VIRHEET VOIDAAN MUUTTA VOIMAVARAKSI

Auttamisen luonteesta johtuu, että terveydenhuolto on pohjimmiltaan ”suhdetoimintaa”. Avun perille menemistä auttaa se, että työntekijät voivat tehdä työtään motivoituneesti ja yllä pitää myönteistä asennetta. Keskeinen tekijä, joka ylläpitää tällaista työilmapiiriä on se, että epäkohdista voidaan keskustella avoimesti, kukaan ei jää yksin selviämään vaikeuksista, ja virheitä käytetään oppimisen, ei syyllisten etsimisen lähtökohtana.

Perinteisesti epäkohtiin on suhtauduttu yrittämällä paikantaa joku yksittäinen – hankala, taitamaton tai outo ihminen – sen lähteeksi. Epäonnistumista koskevassa tutkimuksessa on kuitenkin havaittu, että epäkohdat, vaikeudet ja virheet johtuvat vain harvoin yksittäisestä työntekijästä, vaan taustalla on monenlaisia tilanne- ja systeemisiä tekijöitä silloinkin, kun joku yksittäinen ihminen tekee virheen.

Jotta virheistä voitaisiin oppia, eikä niitä tarvitsisi ennen muuta peitellä ja salata, tarvitaan työkuulttuurin muutosta. Yhteistyökuulttuurissa sitoudutaan yhteiseen tavoitteeseen, arvostetaan avoimuutta, kriittisyyttä ja erilaisuutta, opetellaan oppimaan virheistä ja suhtautumaan epäonnistumisiin resursseina.

Ei ole toimintaa, joka ei koskaan epäonnistuisi. Siksi sydänkirurgi ja hänen työtoverinsa jaksavat paremmin työssä eteen tulevat turhauttavat tilanteet, jos työpaikalla kehitetään jatkuvasti jokaisen omaa ja yhteistä

työtä, vaalitaan kunnioittamisen ja arvostamisen ilmapiiriä ja kaikki haluavat oppia yhdessä ja toisiltaan toistaan tukien.

Kirjallisuutta:

Jaana Hallamaa (2017) Yhdessä toimimisen etiikka. Gaudeamus.

Martti Lindqvist (2006) Auttajan varjo – Pahuuden ja haavoittuvuuden ongelma ihmistyön etiikassa. Otava.

Teemu Reiman & Pia Oedewald, (2008) Turvallisuuskriittiset organisaatiot. Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen. Edita.

J. W. Senders & N. P. Moray (1991) Human Error: Cause, Prediction, and Reduction. Lawrence Erlbaum Associates.

Mika Sutinen & Mikko Kuitunen (2018) Mahtava moka uskalla, opi ja menesty. Alma Talent.

7. KOLLEGIAALISUUS: HAASTEET JA MAHDOLLISUUDET

Heikki Pälve

Kollegiaalisuus voidaan määritellä korkean ammattikoulutuksen saaneiden ammattihenkilöiden yhteisöllisyydeksi – esimerkiksi lääkäreiden välillä. Tämä yhteisöllisyys tukee lääkäreitä heidän ammatillisten tavoitteidensa saavuttamisessa. Kollegiaalisuus voidaan nähdä myös eri ammattihenkilöiden yhteisöllisyydeksi heidän pyrkiessään yhteiseen päämäärään – esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Kummatkin määritelmät soveltuvat hyvin terveydenhuollon ammattihenkilöihin. Sekä ammattikunnan sisällä että eri ammattiryhmien välillä kollegiaalinen toimintatapa helpottaa potilaan parhaan toteutumista. Tässä keskityn kuitenkin lääkäreiden kollegiaalisuuden haasteisiin ja mahdollisuuksiin, vaikka ne varmasti ainakin osin soveltuvat muihinkin ammattikuntiin.

Lääkäreiden kollegiaalisuuden haasteet liittyvät jo siihen, että lääkärimäärän kasvaessa ja toimenkuvien eriytyessä specialisoitumisen myötä yhteisöllisyys heikkenee. Toisen lääkärin työ saattaa poiketa omasta niin paljon, ettei yhteinen ammatillinen koulutus enää tunnu kovin yhdistävältä tekijältä. Oman specialiteetin kollegat ovat lähellä ja kieli heidän kanssaan yhteinen ja pelkkä yhteinen lääkärikoulutus ei samalla tavalla pysty yhdistämään.

Haasteen muodostaa myös lisääntynyt kilpailu työstä sekä erilaistuneet palkkauksen ja työnteon muodot. Oman kilpailuaseman parantaminen kollegiaalisessa yhteisössä tulee perustua oman ammatillisen osaamisen parantamiseen eikä toisen ammatillisen osaamisen vähättelyyn tai lääkärin työn kannalta toisarvoisten asioiden esiintuomiseen hoitoa

annettaessa tai palveluita markkinoitaessa. Työpaikan sisällä kilpailu vaarantaa työviihtyvyyttä ja yhteisöllisyyttä.

Vielä vuosituhannen vaihtuessa terveyspalveluiden julkisessa tuotannossa vallitsi täydellinen kunnallinen monopoli. Uudet toimijat – vuokralääkäriyrietykset ja konsolidoituneet yksityiset palvelutuottajat – ovat sittemmin olleet kipakan keskustelun kohteena myös profession sisällä. Myös terveyskeskus on saanut paljon kritiikkiä. On tärkeä muistaa, että yksittäinen lääkäri voi toimia kollegiaalisesti sekä ammatillisesti oikein tai väärin toimipisteestä tai palkanmaksajasta täysin riippumatta. Kokonaisen ryhmän arvosteleminen ei ole kollegiaalista käytöstä.

Kollegiaalisuusohjeiden 1§:n mukaan *”Lääkärin on käyttydyttävä kollegoitaan kohtaan suvaitsevasti ja osoittaen hyvää tahtoa. Erimielisyydet voidaan yleensä sopia perehtymällä toisen näkökohtiin.”* Tärkeää on ammatillinen osaaminen, joka meillä kaikilla karttuu kokemuksen myötä ja jonka toteuttaminen on usein myös toimipaikkariippuvaista.

Suomalainen lääkärikunta on tottunut hakeutumaan töihin ulkomaille, mutta on suhteellisen uusi kehitys, että ulkomailta tulee tänne lääkäreitä. On ymmärrettävää, että heillä on samoja sopeutumisen ongelmia kuin on ollut meillä ulkomaille mentyämme. Kollegiaalinen yhteisö tukee kaikkia jäseniään näiden ongelmissa.

Kollegiaalisuus on tärkeä keino, jolla pyritään potilaan parhaaseen. Se ei tarkoita puutteellisen ammattitaidon tai virheiden peittelyä, vaan päinvastoin ohjaa niiden vastuulliseen käsittelyyn. Liiton kollegiaalisuusohjeiden 4§:n mukaan *”Jos lääkäri sairauden, päihteiden käytön tai muun syyn vuoksi ei selviydy työstään ammatillisten vaatimusten mukaisesti tai ei kykene hoitamaan potilaitaan tai muita tehtäviään, on jokaisen kollegan velvollisuutena puuttua asiaan.”* On melkoinen haaste osata toimia tässä tahdikkaasti, mutta se on yhteinen velvoite. Lähtökohtaisesti kun epäilee kollegan diagnostiikkaa tai toimintakykyä, on puhuttava suoraan hänen kanssaan, mutta viime kädessä voi olla syytä ilmoittaa asiasta eteenpäin.

Kollegiaalisuus jo määritelmällisesti tukee henkilön pääsemistä ammatilliseen päämääräänsä. Potilaan hyvä hoito on terveydenhuollossa tavoite ja jos yksittäinen terveydenhuollon ammattihenkilö ei siihen jostain syystä selvästikään kykene, on epäkollegiaalista jättää hänet yksin tai pyrkiä hänen selkensä takana toimimaan. Potilaiden tulee kokea kollegiaalisuus positiivisena asiana.

Kollegiaalisuudella on aina ollut myös aikaan liittyviä haasteita. Tässä ajassa yksilöllisyys on korostunutta ja yhteisöllisyys on hieman takalalla. Se muodostaa haasteen kollegiaalisuudelle, joten jo pelkkä siitä puhuminen on tärkeää. Kollegiaalisuus on suuri voimavara kaikille professioille, mutta sitä tulee vaalia, jotta se eläisi.

Kollegiaalisuus, professio ja lääkärin kliininen autonomia liittyvät kiinteästi yhteen. Näistä sekä professio että kliininen autonomia vaikuttavat myös suuresti lääkärin työhyvinvointiin. Molempia vastaan on viime vuosina kohdistettu hyökkäyksiä yhteiskunnan taholta. Kollegiaalisuus sen sijaan on täysin ammattikunnan oman tahdon ja toiminnan varassa. Siksi sen vaaliminen on sitäkin tärkeämpää. Vahva kollegiaalisuus pystyy vastustamaan autonomiaan ja professioon kohdistuvia aiheettomia ja lääkärin työtä haittaavia heikennyksiä.

Lääkäriliiton tehtävänä on pyrkiä vaikuttamaan yhteiskunnassa niin, että lääkäriprofessio ja lääkärin autonomia omassa työssään sekä niiden arvo lääkärin lisäksi myös potilaille ja koko yhteiskunnalle tunnustettaisiin ja tunnustettaisiin. Kollegiaalisuuden vaaliminen kuuluu lääkärikunnalle itselleen – jokaiselle lääkärille. Kollegiaalisuutta ei voi ulkoistaa muille.

Kollegiaalisuus vahvistaa lääkärikunnan yhtenäisyyttä – yhteistä tapaa tehdä diagnostiikka ja määrittää hoito. Potilaalle se tuo turvaa verrattuna tilanteeseen, jossa hoito olisi täysin yksittäisen lääkärin aivoituksista riippuvaista. Siten se luo luottamusta potilaan hoitoon. Kollegiaalisuuden avulla nuorikin lääkäri pukiessaan valkoisen takin päälleen saa

samalla luotettavan ammattilaisen leiman ja hänellä on sisäinen velvoite toimia professiolta odotettavalla tavalla niin ammatillisesti kuin käytöksensä osalta.

Kollegiaalisuus on merkittäväällä tavalla ammattikunnan työhyvinvointiin vaikuttava tekijä. Se muodostaa tietynlaisen turvaverkon lääkärin työssään kohtaamia vaikeita tilanteita kohtaan. Toimimalla kollegiaalisuuden sääntöjen mukaan yksittäinen lääkäri voi varmistua siitä, että hänen toimintansa on eettisellä pohjalla ja hän saa toiminnalleen koko yhteisön tuen. Hän ei ole koskaan yksin eikä hänen potilaansa koskaan vailla koko profession tukea.



8. AMMATTINA AUTTAJA – SYNTYYKÖ KOKEMUKSESTA VIISAUTTA JA VOIKO SITÄ SIIRTÄÄ?

Pekka Ropponen

Voidaksemme ymmärtää kokemuksen syntymisen ja edelleen rakentumisen mekanismeja ja sen siirtämisen mahdollisuuksia meidän on palattava asian alkulähteille: aivotoimintaan ja sosiaalisen vuorovaikutuksen syntyyn.

Aivomme rakentuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, aste asteelta ja kerros kerrokselta. Biologiset ja geneettiset varustuksemme määräytyvät jo ennen syntymäämme. Mikään ei syntymähetkellä kuitenkaan ole valmista, mutta aihiot ja potentiaali ovat uinumassa kasvulle ja kehitykselle. Lasta hoivaavan aikuisen ennakoitavuus, läsnäolo ja jatkuvuus ovat kokemuksen ytimessä. Ihmisaivojen hermoverkot eivät kerta kaikkiaan ala kehittyä tyhjiössä. Mikäli varhainen hoiva on ollut riittävän turvallista, lapsi alkaa kasvunsa myötä hahmottaa ulkoista todellisuutta omien neuropsykologisten kasvutapahtumiensa sallimissa ja mahdollistamissa rajoissa. Turvalliset kiintymyssuhteet muodostavat alun myös ilmiöiden hahmottamiselle, yhteenvetojen tekemiselle ja ymmärrykselle. Kyseessä on integraatiotapahtuma, jota ilman elämästä tulisi vain sirpalemaisten ja irrallisten tapahtumien sarjaa. Niin usein käykin, mikäli kiintymyssuhteet jäävät eriasteisesti turvattomiksi. Aivojemme kyky yhdistää (integroida) eri asioita on koko kokemusmaailmamme perusta ja perusta myös sille, että ylipäätään voimme välittää kokemuksiamme muille.

Koko eläminen on kokemista. Me koemme tietäen tai tietämättämme. Ulkoisten tapahtumien lisäksi myös tunteistamme, ajatuksistamme, haaveistamme, peloistamme ja yllykkeistämme muodostuu sisäämme

(aivoihimme) taltioituvia kokemuksia. Pulmaksi muodostuu usein se, ettemme riittävästi kykene jäsentämään kokemaamme. Toisaalta elämää on eletävä ja heittäydyttävä sen virtaan rohkeasti. Aina ei suinkaan ole syytä jauhaa kokemaansa. Siitäkin voi tulla taakka.

Kokemuksen muodostumisella on yhtymäkohtia oppimiseen ja myös poisoppimiseen. Kokemukset muovaavat paitsi ajatteluamme myös reaktiopohjaisia toimintatapojamme. Asiat tapahtuvat jokaisen kohdalla toki yksilöllisiä reittejä pitkin, mutta tietyt säännönmukaisuudet ovat myös nähtävissä. Hyvän ja haitallisen kokemisen taustamekanismit ovat usein samankaltaiset. Meihin syntyy aiempien kokemusten pohjalta ikään kuin ennakoivien askelmerkkien kudos. Se saattaa olla viisauden alku, mutta voi myös jarruttaa spontaanisuutta ja vapaata kokemista. Näitten kokemuksia synnyttäneitten taustapolkujen erot pitkälti määräävät sen, miksi eri ihmiset kokevat samat tapahtumat ja esimerkiksi vuorovaikutustilanteet niin kovin eri tavalla

Psykiatri toimii ammatissaan aivojen ja mielen (materian ja hengen) rajapinnoilla. Ammatilliseen pätevytyymiseen kuuluu, tai ainakin tulisi kuulua, oman kokemusmaailman jäsentämistä ja ymmärrystä. Kykyä ymmärtää toisen vastaavaa ei ilman sitä lähtökohtaisesti synny. On myös ymmärrettävä, että psyykkisistä häiriötiloista kärsivien ihmisten kokemusmaailma on heille aito, vaikkakin häiriintyneesti toimivat aivot antavat sille lisämausteensa. Ymmärrys toista ihmistä kohtaan syntyy eläytymiskyvystä, itsetuntemuksesta ja aitoudesta.

Pelkkä eläminen ei tuo viisautta. Tosin vanhenemiseen liitetään usein käsitys viisaudesta. Puhuuhan Raamattukin vanhasta viisaasta Jumalasta, joka ”seitsemäntenä päivänä lepäsi ja katseli kättensä töitä”. Vanhuuden kasvot voivat vallan hyvin juonteistua katkeruudesta, itseinhoista ja luovuttamisen kokemuksista. Parhaimmillaan riittävän pitkä elämä voi toki antaa aikaa tälle kokemusten kimpulle selkiintyä ja tulla osaksi omaa henkistä pääomaa. Sitä voisi paremman puutteessa kutsua viisaudeksi.

Oman kokemuksen välittäminen toisille on sekin vallan visainen asia. Pelkät eletyn elämisen tosiasialliset tapahtumat välittyvät toki asioina sinänsä. Soisikin, että kokeneemmat puhuisivat avoimemmin kokemistaan asioista. Hiljaisen tiedon käsite on oikeastaan aika surullinen. Miksi koettua tulisi pantata ja kätkeä? Asiat välittyvät kerronnan ohella myös havaittuina toimintatapoina. Ne voivat toimia mallioppimisen raaka-aineena nuoremmille, niin hyvässä kuin pahassakin. Jokainen on kuitenkin omien kokemustensa omistaja. Niistä voi kasvaa voimavara, tiettyyn pisteeseen asti jopa koetun sisällöstä riippumatta. Ihmiselämän upeus on sekä samankaltaisuudessa että erilaisuudessa!

Viisautta on olemassa. Ehkä viisautta on se, ettei sitä ala edes määritellä. Ilman jollakin tapaa jäsenneltyä kokemusta sitä ei ainakaan synny.



9. AUTTAMISEN FILOSOFIAA – KOKEMUKSIA TYÖSKENTELYSTÄ AFRIKASSA

Ville Vänni & Maarit Pippola

AUTTAA JA TULLA AUTETUKSI

Mitä kautta olet ollut kansainvälisessä auttamistyössä?

V: Omalla kohdalla merkittävä alkusysäys kriisialueella ja poikkeusoloissa työskentelyyn tuli jo peruskoulutusaikana 2007, kun kuuntelin kokeneiden kollegojen luentoja eurooppalaisessa päivystyskirurgian kongressissa. Ulkomailla koulutettujen ”veteraaninen” karisma, rauhallisuus ja laaja-alaisuus teki lähtemättömän vaikutuksen. Asia kiinnosti ja jäi alitajuntaan, mutta riittävien valmiuksien hankkimisessa meni vuosia ja maltoin kysytellä omaa ammattitaitoani rauhassa. Kolmisen vuotta erikoislääkäriksi valmistumisen jälkeen vuonna 2015 homma realisoitui, kun pääsin Töölön sairaalan traumarotaation kautta vapaaehtoistyöhön Johannesburgiin. Työskentelin Sowetossa Baragwanath-sairaalassa, joka on maailman suurin traumakirurginen keskus. Sen jälkeen olen ollut siellä puolustusvoimien kautta ja omin päin yhteensä kolme kertaa eri mittaisia jaksoja. Työ traumakirurgina johti myös YK-hommiin, olin sotakirurgina Timbuktussa 2017.

M: Olin opiskeluaikanani vuonna 1986 ollut mukana Suomen ja Tansanian välisessä kehitysyhteistyöhankeessa ja vieraillut pariin otteeseen Tansaniassa. Kehitysyhteistyö- ja Afrikka-kipinä syttyi silloin. Kun kaksikymmentä vuotta myöhemmin vuonna 2006 sain pyynnön lähteä mukaan asiantuntijahammaslääkäriksi suun terveydenhuollon

kehitysyhteistyöhankkeeseen Kendu Bayhyn, en tarvinnut pitkää harkinta-aikaa. Myös elämäntilanteeni oli käännekohdassa ja halusin uusia haasteita. Silti en osannut edes kuvitella mitä seuraavat kahdeksan vuotta vapaaehtoistyössä eripituisina lyhyinä Kenia-jaksoina toisivat tullessaan. Myös kaikki kolme lastani ovat jokainen olleet mukana ja päässeet näkemään tätä työtä.

Miksi?

V: Perheellinen, turvalliseen ja keskiluokkaiseen elämään tottunut ihminen joutuu toki perustelemaan itselleen ja muille, miksi haluaa tehdä jotain tällaista. Minulla merkittävin syy lähtemiseen oli ajatus siitä, että kokemusta ei voi imitoida, vaan se pitää hankkia. Halusin kehittää ammattitaitoani sellaisessa kirurgiassa, jonka ilmaantuvuus on kotimaassa vähäistä. Halusin myös perspektiiviä työhöni ja elämään yleensä - ottaa itsestä mittaa, mennä pois mukavuusalueelta ja katsoa miten pärjään. Lähtemisen voi perustella sillä, että poikkeusoloissa työskentely tuo ammatilliseen tekemiseen varmuutta ja itseluottamusta. Älyllisen rehellisyyden nimissä on tosin myönnettävä, että onhan siinä mukana myös ihan itsekästä seikkailunhalua.

M: Halu auttaa: kyllä, halu vaikuttaa: kyllä, halu lähteä: kyllä. Koin halun antaa jotakin omasta ammattitaidostani ja osaamisestani ja välittää sitä alueille, joissa tätä osaamista ei ollut. Koen olleeni suun terveydenhuollon lähettiläs. Halusin myös nähdä ja liikkua erilaisilla rajapinnoilla, joissa kaikenlainen osaaminen ja auttaminen on arvokasta. Ja toki taustalla oli myös halu lähteä Afrikkaan.

Haasteet: Mutta mitä se tarkoittaa ja mitä se antaa?

V: Työ kriisialueella ja toisaalta siihen rinnastuvassa köyhässä Sowetossa Johannesburgissa auttaa ymmärtämään, miten vauraassa ja yltäkylläisessä yhteiskunnassa elämme ja miten merkityksettömiä osa kotoisista

ongelmista on. Se myös kasvattaa ihmisenä, ja kirurgina. Työssä joutui kohtaamaan äärimmäistä väkivaltaa ja selviytymään niiden hoitamisesta usein erittäin puutteellisin resurssein. Se opetti väkisin priorisoimaan silloin, kun resurssia ei riittänyt kaikille. Esimerkiksi jouluaattoyönä 2017 Johannesburgissa sairaalaan tuotiin vartin sisään viisi kaulaan puukotettua ja kaksi ammuttua, ja potilaita leikattiin kahden leikkaussalin lisäksi päivystyspolin sokkihuoneessa. Sellaisista tilanteista selviytyminen (vieläpä niin, että potilaatkin selviävät) antaa rauhallisuutta ja itsevarmuutta kaikkeen työssä pärjäämiseen. Ja opettaa hyväksymään sen, että aina ei voi voittaa, eikä edes kuolema ole aina se pahin vaihtoehto.

M: Työni on ollut ruohonjuuritason suun hoitoa ja suun terveyden edistämistä lähetyssairaalassa ja hyvin köyhissä kylissä. Halusin heti alkuun nähdä kokonaisuuksia ja pohtia merkityksiä. Suusairauksien klinikan perustaminen, sen varustaminen ja sen toiminnan käynnistäminen on ollut välitöntä akuuttia suun sairauksien hoitoa. Välillistä vaikuttamista on ollut liikkuvan neuvolaklinikan mukana oleminen ja terveyden edistäminen kertomalla suun sairauksista. Mobilisoin ja koordinoin tähän työhön vapaaehtoisia suunterveydenhuollon ammatilaisia yli 60 Suomesta. Kompastumisia tapahtui monella tavalla. Päivän aikataulut heittivät auton hajoamisen vuoksi ja lopulta saattoi koko päivä kulua odotellessa. Perillä kylissä oli usein uusi yllätys odottamassa. Kyläläisiä voi olla jopa 150 odottamassa jonossa kysymyksineen ja vaivoineen. Sovitun yhteisen keskustelutuokion jälkeen kenttäklinikka pystytettiin pikaisesti. Paikalliset sosiaalityöntekijät auttoivat meitä seulomaan paikan päällä autettavat ja sairaalan klinikalle ohjattavat. Joskus piti ensin nesteyttää, ravita tai lääkittää ennen kuin potilas oli millään tavoin toimenpidekelvoinen aliravitsemuksen, uupumuksen ja kipujensa vuoksi. Joskus riitti paikalla tehty tilannekartoitus ja ohjeistus, joskus hampaanpoistotoimenpide, joskus annoin matkara-haa sairaalan klinikalle hakeutumiseen. Kenttäklinikalla tiimimme teki työtä otsalampun avulla ja niin pitkään, kun puhtaita instrumentteja

ja puudutusaineita riitti. Iltaisin kokoonnuimme sairaalan asuntolaan pohtimaan päivän tapahtumia auringosta ja hiekkapölystä pökerryksissä. Haasteet ovat aivan toiset kuin Suomessa. Ne ovat haasteita ruohonjuuritasolla jatkuvana suurena resurssipulana ja toisaalta ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Ihmiset taistelevat itse ja perheineen jokapäiväisestä selviytymisestään. Törmäsin usein siihen, etteivät kyläläiset tienneet mitä paikallista osaamista aivan lähellä heitä oli. Heillä ei ollut voimia eikä keinoja yhdistää osaamista ja muita voimavaroja. Välillä tuntui, että meitä tarvittiin siihen eniten. Yhteistyön ja yhdessä tekemisen voima oli monissa kylissä kadoksissa. Kohtasin syvää näköalattomuutta ja toisaalla taas rajatonta iloa ja riemua, vaikka kaikesta aineellisesta oli puutetta.

Onnistumisia:

V: Onnistumisia voi laskea ja muistella yksittäisten potilaiden selviytymistarinoina, mutta yhteiskunnallista muutosta sillä ei saa aikaan. Minulle merkittävin onnistumisen kokemus tulee oman ammattitaidon lisääntymisestä ja siitä, että oppimaansa pystyy siirtämään eteenpäin opettamalla omassa ja kansallisessa työyhteisössä. Ehkä olen omalla toiminnallani myös innostanut joitakin nuoria kollegoita lähtemään kokeilemaan siipiään vastaavalla tavalla. Jotain Afrikasta on jäänyt minuun, ja toivottavasti jotain minusta on jäänyt Afrikkaan. Suomalainen työmoraali, integriteetti ja tiimityö on niitä asioita, joita olen voinut siellä yksittäisille ihmisille oman esimerkin kautta opettaa. Kansainvälisten (vastaavissa kuvioissa työskennelleiden) kollegoiden yhteisö tuntuu kotoisalta, ja niiden kollegoiden kanssa syntyy kokemus siitä, että minä yksin en ole erityinen, mutta se, mitä teemme yhdessä, on.

M: Yhtenä tärkeänä roolinani lyhyinä ajanjaksoina Länsi-Keniassa olen kokenut tiedon ja osaamisen välittämisen eteenpäin. Olen kokenut onnistumisia, kun olen pystynyt luomaan yhteyksiä paikallisten osaajien välillä ja auttamaan kyläläisiä auttamisessa. Tärkeää asioiden

kehittymiselle on luoda jatkuvuuden ja toivon ilmapiiri. Tila ja tunne, että se mitä tehdään on merkityksellistä nyt ja tulevaisuudessa. Siksi juuri terveyteen vaikuttamishankkeissa on keskiössä lapset ja kaikki heidän kanssaan vuorovaikutuksessa olevat. Kendu Bayssa työ sairaalan poliklinikalla, kylissä ja kouluissa on kaikissa erilaista ja antoisaa. Terveyden menettäminen, köyhyys ja tarjolla oleva hoito, tieto ja uskomukset kietoutuvat lääketieteen, sosiaalisten kysymysten ja kulttuurin vyödyksi. Keskustelut kyläläisten, koululaisten, opiskelijoiden ja heidän opettajiensa kanssa länsimaissa itsestään selvästä ajatuksesta, elinikäisestä oppimisesta ja täydennyskoulutuksesta herätti ihmetystä. Keniassa lapsille opetetaan Education is key to success, mutta osalle heistä peruskoulutuskin jää kaukaiseksi haaveeksi.

Mitä olet saanut kansainvälisessä auttamistyössä ja mitä tämä työ on merkinnyt sinulle?

V: Kokemukset kansainvälisillä kentillä ovat nivoutuneet osaksi kotimaista työtä, ja sitä kautta työ on muuttunut intohimoksi. Se ei tunnu enää työltä vaan elämäntavalta. Yhdessä kollegoiden kanssa pystymme nostamaan kaikkien traumapotilaiden hoidon laatua ja luomaan kansallisia standardoituja hoitopolkuja vaikeasti vammautuneiden potilaiden hoidossa. Nautin edelleen eniten potilastyöstä ns. ”kädet veressä”, mutta mukaan on tullut myös merkittävä rooli opettajana. Tätä kautta voin ajatella työlläni olevan myös jotain yhteiskunnallista merkitystä.

M: On niin monia tapoja vaikuttaa. Eri kulttuureissa se vielä vaihtelee, mutta kaikissa se tapahtuu ihmisten kautta. Olen saanut paljon, vapaaehtoistyö Keniassa ja kenialaiset ovat jättäneet minuun jälkiä. Kansainvälisistä asioista ja kulttuureista olen aina ollut kiinnostunut, mutta nykyään seuraan Afrikan tilannetta vielä kiinnostuneempana. Myös kansainväliset terveydenhuollon haasteet ja linjaukset ovat saaneet syvemmän merkityksen.

Mitä jatkossa:

V: Ulkomaille lähtemistä voi pitää omassa urassa jonkinlaisena käännekohtana. Yksittäisestä seikkailusta on kasvamassa ura, ja seuraava työkeikka Etelä-Afrikkaan on suunnitteilla ensi talveksi. Sen reissun tavoitteena on tietysti oman kokemuksen lisääminen, mutta myös perustaa uusi koulutusrotaatio, jotta vastaavia kokemuksia pystyisi jatkossa tarjoamaan useammille kotimaisille kollegoille.

M: Jatkuvuutta työlleni on: Kendu Bayn lähetyssairaalan suusairauksien poliklinikalla työskentelee paikallinen osaviikkoinen suuhygienisti ja hammaslääkäri. Ulkomaalainen hammaslääkäri aloittelee työtään klinikalla. Kenttätyö eli vierailut kylissä ovat vähentyneet. Ehkäisevää työtä ei sielläkään osata mitata rahassa. Tällä hetkellä työskentelen Suomessa omassa yrityksessä, mutta uskon vielä palaavani kehitysyhteistyön pariin. Se elämäntapa haastaa ja koukuttaa. Vapaaehtoisia kokeneita ammattilaisia tarvitaan eri puolilla maailmaa aina. Sen olen sisäistänyt, että uutta hanketta linjatessa vähäisessä roolissa ovat hankinnat ja muu materiaallinen osa, vaikka halua ja painostusta niihin olisikin avun vastaanottajaorganisaation puolelta, sen sijaan tärkeintä on tiedon ja osaamisen välittäminen.





10. PARANTAVA KATSE – MAAILMAN IHANIMMAT LASTENKODIN TYTÖT JÄTTIVÄT JÄLJEN AUTTAMISTYÖHÖN

Miina Savolainen

Voimauttavan valokuvan menetelmä on kaksikymmentä vuotta suomalaisessa moniammatillisessa kohtaamistyössä käytössä ollut työote. Menetelmässä rakennetaan rakkaudellisen ja vastavuoroisen katseen avulla korjaavia kokemuksia yhteydestä – ihmisen omaan sisäiseen maailmaan ja toisiin ihmisiin. Menetelmän avulla puretaan ihmisten erilaisista kokemusmaailmoista johtuvia jännitteitä, ymmärtämättömyyttä ja epäluottamusta, jotka ovat alati mahdollisia elementtejä myös auttajan ja autettavan välisessä, monimutkaisessa ja rakenteellisesti epätasa-arvoisessa suhteessa.

Voimauttava valokuva perustuu katseeseen ja kehoillisuuteen; tunnevuorovaikutukseen, joka on läsnä kaikissa ihmisten välisissä kohtaamistilanteissa sanoista riippumatta. Lääkäriä se auttaa omaksumaan herkemmat tunteiden peilaamisen taidot sekä hyödyntämään katseen tunnerekisteriä vuorovaikutuksen sävyjen ja ymmärrettävyyden säätelyssä. Menetelmä antaa kyvyn katsoa potilasta vastavuoroisemmin, tämän autonomiaa ja arvokkuutta vahvistavalla tavalla. Voimauttava työskentely kääntää auttajan ja autettavan välillä vallitsevan valtataistelun molempia koskettavaksi dialogiksi, jossa tavoitetaan lohtua, toivoa ja merkityksellisyyttä vaikeissakin olosuhteissa. Samalla saadaan vaikuttavampaa potilastyötä, joka kuormittaa myös lääkäriä vähemmän. Lääkäri hakeutuukin menetelmäopintoihin usein tunnistettuaan kliiniset työvälineet riittämättömiksi potilaittensa auttamiseen. Voimauttava valokuva on konkreettinen apuväline muuttaa katsomisen tapaa. Omaksettuaan menetelmän dialogisen ja rakkaudellisen työotteen lääkäri ei enää tarvitse valokuvia: hän on saanut uudet silmät.

Voimauttavan prosessin ytimessä on ihmisen kokemus arvokkuudesta. Itsearvostus ei rakennu tyhjässä, vaan edellyttää peilejä: toisia ihmisiä, joiden silmissä ihminen saa olla rakastettu ja hyväksytty juuri sellaisena kuin on. Lapsen kokemus omasta itsestään ja toisista ihmisistä rakentuu aisteihin perustuvassa vuorovaikutuksessa; siinä, miten lasta on katsottu, koskettu ja kuunneltu. Yhtä oleellista, kuin miten lasta on kohdattu, on se, millaisena toisten ihmisten kasvot ja katseet ovat näyttyneet hänelle. Tämä atavistinen kokemus on yhteydessä perusturvallisuuteen; siihen, voiko lapsi aikuisena kokea, että maailma on hyvä, toisiin voi luottaa ja että häntä ei katsota uhkaavin ja hylkäävin silmin? Katseet liittävät ihmisen toisten yhteyteen tai sulkevat ulos yhteydestä. Ihminen on sosiaalinen eläin. Yhteyden epääminen vahingoittaa häntä syvästi. Se vaikeuttaa oman itsen rakastamista ja rakastavien ihmissuhteiden luomista. Syntyy vahingoittavia kierteitä, jotka usein ovat ylisukupolvisia.

Voimauttavan valokuvan menetelmää ei olisi syntynyt ilman lastensuojelua ja Maailman ihanin tyttö -projektia. Vuonna 1998 alkaneessa projektissa lastenkodin työt saivat tulla nähdyiksi itse määrittelemällään tavalla: rakastettuina ja arvokkaina, satumaisissa kuvissa, kuin luonnon suojelemina ja ylistäminä. Lapsen täytyy saada olla ihailtu ja ihmetelty: kaivatun lapsen jokainen sormi ja varvas on hänen läheisilleen suloinen ihme. Lapsen tulee saada kokea, että hän on olemassaolollaan iloksi toiselle ihmiselle ja että häntä ei katsota vain pyrkien kasvattamaan ja kehittämään häntä toisten haluamaan suuntaan. Lapsen pitää saada kokea, että toisen ihmisen silmät syttyvät hänen katsoessaan lasta.

Jokaisen ihmisen elämään liittyy näkymättömyyden ja väärin nähdyksi tulemisen kokemuksia, mutta lastenkodin maailma on tihentymä: se sisältää syvää vaille jäämistä ja musertavia pettymyksiä luottamuksessa. Katseen nälkä vie lapsia hyvän tai pahan kierteisiin. Tässä identiteettityöprosessissa jokaisella kohtaamisella on väliä. Se, miten katson toista ihmistä, on osa hänen arvokkuutensa ja turvallisuuden kokemuksensa rakentumista – mutta myös minun. Toistemme kehollisuutta peilaavina

olentoina meitä itseämme ei voi olla vahingoittamatta, jos suljemme toisen ihmisen ulos yhteydestä.

Aloittaessani työt lastensuojelussa 90-luvun alussa, minua mietitytti se, miten tuota, kaikkein korkeimmalle arvostamaani työtä, oikeastaan pitäisi tehdä. Lapset janosivat sitä, että joku rakastaisi heitä oikeasti – aina. Työntekijöillä oli kuitenkin tarjota ammatillisia välineitä, jotka olivat kapeita, vääriä ja kömpelöitä lapsen tarpeeseen nähden. Kuinka ikinä voin ilmaista hätääntyneelle, raivokkaasti ja ristiriitaisesti sitoutumista vaativalle lapselle, että minä(kään) en ole se ihminen, jota hän etsii. ”Olen täällä tänään vain iltavuorossa... En tiedä onko tässä maailmassa olemassa sitä ihmistä, joka tulee rakastamaan sinua aina”. Ei ole olemassa mitään lohduttavia sanoja tai ammatillisia perusteluja, jotka tekisivät tämän syvästi julman asian yhtään vähemmän vääräksi.

Vaikka meitä ammattilaisia oli opetettu pitämään omat tunteet etäällä työstä, työn perimmäinen järkyttävyys ei voinut olla vaikuttamatta meihin. Nykyisin ymmärretään paljon tuolloista enemmän ihmisen kehollisista peilausmekanismeista. Lapsen hätä siirtyy työntekijän kehoon, vaikka hän kuinka yrittäisi ”olla ammatillinen”. Kehollinen jäljittely ei ole työntekijän valittavissa. Ei ole olemassa ammatillisuutta, joka ohittaisi biologian reunaehdot. Pikemminkin pyrkimys kieltää oma kehollisuus kuormittaa ammattilaisia vaativassa ihmistyössä.

Voimauttavan valokuvan menetelmän tärkein missio on kyseenalaistaa ja muuttaa sitä, miten ymmärrämme ammatillisuuden kohtaamistyössä. Voimauttavan valokuvan menetelmässä ammatillisuus nähdään vastavuoroisena ja rakkaudellisena. Ammatillisuus edellyttää kiintymistä, hyvien ja yhteyttä luovien tunteiden tarkoituksellista synnyttämistä ja tietoista valintaa päättää katsoa toista ihmistä hyvänä, riippumatta autettavan ihmisen ongelmien vakavuudesta. Ihmistä ei katsota häiriöiden, oireiden tai hoitosuunnitelman kautta, vaan tavalla, jolla hän kaipaa tulla ymmärretyksi. Voimauttavan valokuvan menetelmässä kuvaamisen valta-asetelma käännetään ympäri: kuvaaja joutuu luo-

pumaan omasta näkemyksestään ja katsomaan maailmaa kuvaamansa ihmisen, päähenkilönsä, täysin erilaisesta ja itselleen vieraasta kokemuksesta käsin. Kuva ei ole kuvaajan kuva, vaan päähenkilön.

Opettelemalla vallan kääntämistä konkreettisen valokuvaprosessin avulla, auttamisen ammatillaiset omaksuvat työotteen, jossa luovutaan omasta ammatillisesta näkemyksestä ja luovutetaan oma vilpittömyys ja ammatillinen osaaminen toisen ihmisen käyttöön. Katseen suunta on vastavuoroinen: potilas ei ole vain lääkärin katseen kohde, vaan lääkäri uskaltautuu myös itse potilaansa näkemäksi toisena, saman arvoisena ja haavoittuvana ihmisenä. Lääkäri poisoppii tietoisesti arvioivasta potilaan katsomisen traditiosta, jossa hänen mielessään on vuorovaikutustilanteiden aikana eräänlainen potilasta reflektoiva ja mittailtava metataso. Vuorovaikutus ei ole silloin vilpittömyyttä ja molemminpuolista. Voimauttavassa kohtaamisessa lääkäri alkaa käyttää ensisijaisena vuorovaikutuskielensä katsetta, joka uskoo ehdoista potilaan hyvyteen. Hän osallistuu ja eläytyy potilaansa maailmaan ja antaa sen koskettaa ja vaikuttaa itseensä.

Koska ihminen on aina kiintynyt omaan näkemykseensä, ei menetelmän sisäistämisessä tule valmiiksi. Silti sen omaksuminen kaikkine inhimillisine kömpelyyksineen on syvästi palkitsevaa, sillä vaikeassa kohtaamistyössä alkaa tapahtua ihmeitä. Toivottomasta tulee mahdollista, väärin nähdyt alkavat kukoistaa. Työssä kosketetaan terveyden syvätasoa ja perustaa: arvokkuutta, mielekkyyttä, toivoa... Prosessi opettaa yhä uudestaan tekijälleen, ettei ihmeiden synnyttämiseen tarvita mitään sen vaikeampaa, kuin asettuminen kohtaamistilanteeseen uudella tavalla, toisen ihmisen omilla ehdoilla.

Auttamistyön historiassa rakkaus päätettiin irrottaa auttamisen konseptista auttajan ja autettavan motiivien sekoittumisen ja tästä seuranneiden väärinkäytösten vuoksi. Voimauttava valokuva palauttaa rakkaudellisuuden ammatillisuuteen, mutta luo samalla eettiset rajat tunnetyölle. Menetelmän syvin tarkoitus on rakastaa paremmin, auttaa

paremmin: ei niin, kuin ammattilainen tai auttamisjärjestelmä olettaa olevan ihmiselle hyväksi, vaan siten, kuin ihminen itse antaa ja sallii häntä kohdattavan. Samalla hyvät tunteet saavat sen roolin tunnetyössä, joka niille kuuluu. Tästä seuraa, että ammatillinen kehittyminen jää oleelliselta osin vajaaksi, jos auttajalla ei ole käytössään tunnetyössä kasvamisen välineitä.

Hyvää potilastyötä ei voi tehdä ilman herkkiä tunnetaitoja. Jokaisella ammattilaisella on tähän erilaiset lähtökohdat jo elämänhistoriansa ja temperamenttinsa vuoksi. Tunnetaitoja ei pidä ajatella synnynnäisenä ominaisuutena, jotka jollain ovat ja toisella eivät. Kukin meistä on toisen ihmisen maailman kohtaamisessa pohjimmiltaan ”rakastettava tollo”. Emme osaa kohdata toista ihmistä hänen tarvitsemallaan tavalla, sillä olemme lähtökohtaisesti erimaailmaisia. Valokuva tekee tämän näkyväksi: sinä ja minä tunnemme ja ymmärrämme samat asiat täysin eri tavalla, jopa siihen pisteeseen asti, että se loukkaa ja satuttaa meitä ihmissuhteissamme. Voisimmeko siis pärjätä toisen ihmisen maailman tavoittamisessa edes hieman paremmin? Voimauttava valokuva lisää tähän asetelmaan sallivuuden ja arvostuksen ihmisten erilaisuutta kohtaan.

Nyt kaksikymmentäyksi vuotta voimauttavan valokuvan löytöhetken jälkeen, on edelleen liikuttavaa palata käännekohtaan, jonka tuolloin lastenkodin lasten kanssa koin. Tavoitimme yhdessä yleisinhimillistä totuudellisuutta, johon kaikki ihmisten väliset suhteet pohjimmiltaan perustuvat. Ilman suhdetta ei ole ammatillisuutta. Suhde tarkoittaa itsen laittamista likoon, suostumista suhteen puolikkaaksi. Jo ihan ensimmäisissä kuvaustilanteissa oli läsnä ihmeellisyyden tunne, ymmärrys siitä, että olimme löytäneet jotain maailman tärkeintä. Tiesin, että se tulee muuttamaan elämäni; että haluan selvittää, mitä katseen hetkellä tapahtuu.

Ajattelin: ”Jos valokuvaisin sen, miten ihana on Mira – kuinka rakastettava ja erilainen, kuin kukaan toinen ihminen – niin näkisikö Mira itse sen kuvasta?” Kukaan meidän kymmenestä lapsesta ei nähnyt kuvissa

aluksi mitään arvokasta. Kuvat olivat lapsille järkyttäviä ja niitä piti opetella katsomaan ihan eri tavalla. Kuvassa ihminen näkee sen, miten katsoo itseään. Mutta oli silti jotain, joka oli parantavaa ensi hetkestä alkaen: katse. Kun kuvaajan roolissa herkistyin lumoutumaan lapsesta, kuuntelemaan, mikä on hänelle turvallista ja kaivattua, alkoivat murheelliset ja yhteydessä yhä uudestaan pettyneet lapset herätä eloon. Kun minun silmäni syttyivät, heidänkin silmänsä syttyivät: ”Voinko minä olla niin tärkeä, että sinä haluat oikeasti nähdä minut?” Kamera antoi luvan katsoa hellempään ja pitempään, kuin on mahdollista muulloin, kuin aivan kaikkein läheisimmissä ihmissuhteissa. Samalla minusta tuli haavoittuva: en voinut tietää, osaanko nähdä lapsen tavalla, joka kelpaa hänelle, ei vahingoita häntä ja joka on hänelle toivottu. Lapsi taas ei nähnyt itseään: minun piti muuttua peiliksi: ilmaista sanoillani, äänensävylläni, katseellani, että hän on silmissäni kokonaan hyvä. Hänen surunsa, ilonsa – sisäinen maailmansa on aarre, joka ansaitsee tulla näkyväksi.

Valokuvaushetkellä ihminen joutuu jättäytymään toisen ihmisen katseen varaan. Valokuvauksessa on kyse luottamuksesta: näkeekö toinen ihminen minut oikein, vai varastaako tai paljastaako hän minusta jotain, jota en halua näyttää tai ole valmis näkemään? Toisten katseet ovat näyttäytyneet lastenkodin lapsille häpäisevinä ja vahingoittavina. Korjaavassa prosessissa valta itsemäärittelyyn luovutetaan kokonaan ihmisen omaan käyttöön. Katse, jota hän saa vastaanottaa ja säännöstellä, on kokonaan hyväksyvä ja ihaileva. Elämän hallitsemattomuuden haavoittavimpia piirteitä on, ettemme voi kontrolloida sitä, miten meidät nähdään. Meidät nähdään myös satuttavasti, osin kohtuuttomalla ja musertavalla tavalla. Kun määrittelyvalta palautetaan hallitusti ihmiselle, on kyse luottamuksen ja turvallisuuden kokemuksen rakentamisesta. ”Voin tulla ymmärretyksi, ylitseni ei kävellä – minulle ei käy huonosti, jos luotan”.

Voimauttavan valokuvaproessin sisällä katseet valjastetaan parantavaan käyttöön: ihminen saa tulla nähdyksi janoamallaan tavalla. Kuvissa

näkyvät tunteet herkistävät hänen ympärillään olevat ihmiset näkemään hänet rikkaammin ja hänen itsensä kannalta totuudellisemmin. Koskettuminen ja vaikuttuminen synnyttävät hyvän kierteen: ihminen näyttää itsestään uuden puolen, johon muut reagoivat uudella tavalla, jolloin syntyy kokemus siitä, että ymmärrämme nyt toisiamme paremmin. Prosessin aikana ihminen saa kokea häivähdyksiä lapsuusparatiisista: toisten ihmisten silmien syttymisestä, rakastettuna ja ihailtuna olemisesta, tilasta, jossa katseyhteyteen ei liity häpeää, eikä hylätyksi tulemisen pelkoa. On syntynyt korjaava peili, joka herättää ihmisen omaa kykyä katsoa itseä lempeästi. Omakuvassa ihminen tunnistaa suruaan ja lohdutuksen tarvettaan. Kuva herättää kehon: pelaamisen; myötäsurun, myötäilon ja -ylpeyden. Rakasta omakuvaa haluaa katsoa, tankata sitä silmillä. Kuvan herättämä mielihyvä on parantavaa: ”Minä olen siinä – ja se tuntuu ihanalta.” Arvokkuus, jonka ihminen itse omin silmin näkee ja tuntee kehossaan, on totta hänessä, tavalla, jolla sanallinen palaute ei voi koskaan olla.

Auttamistyön vaikein kysymys on, miten kaikkein haavoittuvimmissa olosuhteissa kasvaneita ihmisiä voidaan auttaa? Kaltoin kohdeltu ei anna tautu helposti autettavaksi, vaan vie auttajan mukaan siihen ainoaan kaoottiseen ja turvattomaan todellisuuteen, jonka hän tuntee. Auttamistyössä ei pohjimmiltaan ole kysymys mistään vähemmästä, kuin siitä, että ihmisen kuva itsestä, toisista ja maailmasta pitää muuttua toisenlaiseksi. Miten ikinä ammatilliset välineet voivat riittää pyyhkimään pois lapsen tunnekokemuksen siitä, että hän on kelpaamaton ja syyllinen pahuuteen, jota ihmiset osoittavat hänelle? Kun ihmisen keho on muovautunut hädässä, miten hänen soluihinsa voi asettua rauha? Voimauttava valokuva on armollinen ja toimiva väline, koska se perustuu kehollisuuteen, siihen kieleen, jolla ihmisen kokemuksellisuus on rakentunut. Ammatillisten välineittemme kömpelyys ei haittaa, kun meillä on käytössämme kaikkein voimallisin: vilpittömästä, rakastavasta, vastavuoroinen katse. Ihminen ei voi elää ilman nähdyksi tulemistä.

11. LASTEN OIKEUS TURVATAITOIHIN: PUUTTUVA PALA TERVEYSKASVATUSTA

Raisa Cacciatore

”Lapseni on liian pieni; Eikö asiasta puhuminen herätä liikaa kysymyksiä? Uskon oman äitini tapaamaan vaieta; Eikö tieto yllätyä kokeiluihin?” Hattendorf (J Social Psychology 1932) kuvaa vanhempien ajatuksia lasten seksuaalikasvatuksesta 90 vuotta sitten samoilla ennakkoluuloilla ja virheuskomuksilla kuin kohtaamme tänään. Lasten oikeus iänmukaiseen tietoihin ja taitoihin ei edelleenkään toteudu. Mitä voimme tehdä? Väestöliiton Laseke-kyselyyn lasten seksuaalikasvatuksesta (Keho on leikki 2016, ja vaestoliitto.fi/lapsijaseksuaalisuus) vastasi huolellisesti yli 1100 ammattilaista ja vanhempaa. He kertoivat pelkoja ja myyttejä lasten seksuaalikasvatuksesta, mutta myös arjen esimerkkejä, jossa kasvatus sujui mutkitta. ”Me kyllä kasvatamme, mutta sitä ei kutsuta seksuaalikasvatukseksi.” Esiin nousi yllättävä este, itse termi seksuaalikasvatus. Lapsi ja seksi eivät sovi samaan lauseeseen. Ne herättävät aikuisessa kielteisen mielikuvan ja ahdistusta. Lasten tekoja ei haluttu myöskään kutsua seksuaalisiksi. Ongelmaksi nousi sana, jonka moni edelleen mieltää synonyymiksi sanoille seksi tai yhdyntä.

Vastaajat painottivat lapsen ikätasoista kehitysvaihetta: viatonta läheisyyttä, ilman häveliäisyyttä, fyysistä ja rakastavaa, myönteistä ja luonnollista. Lapsuuden seksuaalisuus oli myös mielihyvää, pissakakkajuttuja, lasten välisiä ihastuksia, iloista ja pelleilevää, missä ihmetellään, koetaan ja oivalletaan uusia asioita itsestä ja muista. ”Se on kaunis, vapaa, vilpitön, viaton asia.” Tätä viattomuutta haluttiin suojata aikuisien asioilta.

Lapsuus on tietojen ja taitojen oppimisen aikaa. Lapset ovat kehitysvaiheeseensa liittyen uteliaan kiinnostuneita kaikista asioista, myös

seksuaalisuuteen liittyvistä. Pienen lapsen seksuaalisuus on etenkin oman kehon haltuunottoa ja tunteiden hallinnan opettelua. Lapsen mielestä hänen oma kehonsa on oikeanlainen ja täydellinen. Kovin helposti aikuiset kuitenkin rankaisevat ja kauhisteleivat sen tutkimisesta. Kyllä 11kk pojan aamuerekatio on vähän hassun näköistä. Ja se ainainen pippelistä kiinni pitäminen; on myös vähän liikuttavaa nähdä, miten tärkeä se oma värkki on.” ”Jokin aika sitten oli vaihe, jolloin muiden sukuelimet kiinnostivat ja tytöt näyttivät niitä toisillensa leikkien lomassa, mutta koin sen hyvin viattomana.” Itsetunto ja kehonkuva ovat isoja asioita koko myöhempää seksuaalisuutta ajatellen. Mitä lapsi ja nuori arvostaa, sitä hän myös pyrkii suojaamaan. Tätä myönteistä kuvaa itsesestä kannattaisi suojata. Nykymaailmassa yhä nuoremmat kokevat ulkonäköahdistusta.

Lasten seksuaalikasvatus tähtää ikätasoisia tietoja ja taitoja lisäämällä myönteiseen kehonkuvaan ja hyvään tunteeseen omaa kehoa kohtaan, siis lapselle luonnollisen myönteisyyden vahvistamiseen. Se ei ole aikuisseksuaalisuuden tyrkyttämistä, kuten moni nykyaikainen on itse lapsuudessa kokenut. Tämä pelko ja uskomus estää tehokkaasti lasten oikeuksien toteutumista. Sopivuussääntöjen harjoittelu ja itsemääräämisoikeuden opettelu voidaan toteuttaa vahvistaen ja taitoja tarjoten. Samalla lapsi oppii kunnioittamaan niin omaa kuin muidenkin kehoa, sekä tunteiden näyttämisen ja läheisyyden säännöt ja taidot. Ne ovat tarpeen myös nuoruudessa ja aikuisuudessa. Tyttöjen ja poikien kehon tutkimiseen tulisi suhtautua yhtä luontevasti.

Lapset ansaitsevat korkeatasoista kasvatusa. Väestöliitto on tuottanut vuodesta 2015 suuren määrän malleja ja materiaaleja, jotka perustuvat tutkittuun tietoon ja kansainvälisiin suosituksiin. Ikätasoinen seksuaalikasvatus ja turvataidot on tehty suojaamaan lapsen viattomuutta eli lapsuuden lapsenomaista seksuaalisuutta. Väestöliitto käyttää pienten lasten kanssa toteutettavasta seksuaalikasvatuksesta nimitystä keho-tunnekasvatus. Se kuvaa lasten omien kysymysten painotusta ja tiedon tarvetta. Kyselymme mukaan lapset tuottavat eniten puhetta näistä

seksuaalikasvatuksen osa-alueista. Väestöliitto toteuttaa tällä hetkellä Opetushallituksen ja Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskuskuksen rahoituksella Kehotunnekasvatuksen kehittämishankkeita Lapissa ja Etelä-Suomessa. Näissä koulutetaan lasten parissa työskenteleviä ammattilaisia, osallistetaan vanhempia, tuotetaan materiaaleja, arvioidaan lapsivaikutuksia sekä kartoitetaan lapsille annettavan kehotunnekasvatuksen vaikutuksia lasten tietotasoon.

Lapsi kaipaa toimintamalleja moniin tilanteisiin ja yksinkertaisia arvoja: Saat suojata itseäsi, koska olet arvokas joka paikasta. Hän tarvitsee vahvistusta oikeuksilleen, sillä ei hän niitä voi muuten tietää. Omat oikeudet on tiedettävä myös kaverisuhteissa ja lasten välisissä tutkimusleikeissä. Oman kehon yksityisistä paikoista saa itse päättää. Saa sanoa ei, lähteä pois, kertoa luottamalleen aikuiselle, ja tätä kolmen kohdan sääntöä saa myös harjoitella aikuisten kanssa.

On ensiarvoisen tärkeää, että lapset saavat turvallisilta, läheisiltä aikuisilta arjen tietoa, taitoja ja asennekasvatusta myös seksuaalisuudestaan kehitysvaiheensa mukaan. Lasten seksuaalikasvatus on ollut vaiettu aihe, josta edes kasvatus- ja terveydenhuollon ammattilaiset eivät edelleenkaan saa juurikaan koulutusta. Tällöin ammattilainen, joka kohtaa lapsen seksuaalissävytteistä käyttäytymistä, lapsen kysymyksiä seksuaalisuuteen liittyen, tai epäilyä lapseen kohdistuvasta väkivallasta, on oman kokemuksensa, asenteidensa ja tunteidensa varassa. Se ei anna riittäviä eväitä kohdata näitä kysymyksiä, vaan tarvitaan faktaa ja yleisen asenneilmapiirin muutosta. Tämä on välttämätöntä myös lasten turvallisuuden vuoksi. Heillä on oikeus saada apua, ei rankaisuja, jos he oireilevat seksuaalisin oirein.

Varhaiskasvatuksen henkilöstöllä on velvoite tukea myös vanhempia heidän kasvatustyössään. Perheet ovat monenlaisia, mutta juuri kelleen vanhemmalla ei ole omakohtaista kokemusta seksuaalikasvatuksesta lapsuudessa. Perheiden ja kulttuureiden monimuotoisuus tuo tähän lisähaasteita. Seksuaalisuudesta puhuminen on monille vaikeaa, jopa kiellettyä.

On tärkeää parantaa varhaiskasvatuksen henkilöstön tietoja ja taitoja ymmärtää lapsen seksuaalista kehitystä, vastata asiallisesti ja turvallisesti lasten seksuaalissävyytteeseen käytökseen tai kysymyksiin, sekä antaa lapselle asiallinen sanasto kysyä ja kertoa kokemuksistaan. Tarvitaan myös kyky tunnistaa poikkeavaa käytöstä ja oireita sekä auttaa lasta. Tähän tarvitaan ammattilaisten taitoja rakentaa avoin keskusteluyhteys. Lapsi tarvitsee luottamuksen, että aikuinen kuuntelee, eikä naura tai kauhistele. Tämä toimii samalla seksuaalisen väkivallan ennaltaehkäisyinä. Lapsi, joka osaa ja uskaltaa puhua kehostaan ja kosketuksesta, osaa myös paremmin suojautua ei-toivotulta kosketukselta sekä kertoa mieltään askarruttavista kokemuksista aikuisille.

Lasten seksuaalikasvatus tulisi sisällyttää selkeästi mahdollisimman pian osaksi valtakunnallista, velvoittavaa varhaiskasvatussuunnitelman perusteita. Tämä takaisi sen, että varhaiskasvatuksen henkilöstöllä olisi maan laajuisesti koulutusta, riittävät tiedot lasten seksuaalikehityksestä sekä valmiudet tukea lapsia tässä kokonaisvaltaisessa ja tärkeässä kehityksen osa-alueessa. Näin myös lapset viimein saisivat korkeatasoista ja tasa-arvoista terveyskasvatusta tässä tärkeässä aiheessa.

Erään vanhemman sanoin: ”Seksuaalisuus on kaunis ja iloinen asia ihmisten välillä. Lapsen seksuaalisuus on erityisen viatonta, iloa itsestä ja olemassaolosta.”

Ingman-Friberg, S, Cacciatore, R, (toim.). 2016. ”Keho on leikki, avain luonnolliseen seksuaalikasvatukseen alle kouluiässä.” Duodecimum-kustannus.

www.hyvakysymys.fi/lapsijaseksuaalisuus

www.vaestoliitto.fi/lapsijaseksuaalaisuus

12. VOIDAANKO HOITOYKSINÄISYYDELLE JA KÄRSIMYKSELLE LASKEA HINTAA?

Liisa Karhe

Sosiaali- ja terveydenhuoltomme on suurten eettisten ratkaisujen äärellä. Yhteiskunnassamme ei päätetä ainoastaan hoitajamitoituksista, sosiaali- ja terveydenhuollon lisäresursseista ja tasa-arvoisesta palkkapolitiikasta, vaan samalla tehdään suuria eettisiä linjauksia ihmisten kärsimysten ja hoitoyksinäisyyden lisäämiseksi tai vähentämiseksi. Mieleen nousee väistämättä kysymys, mietitäänkö päätöksen teossa loppuun asti päätösten vaikutuspolkua ja lopullisia seurauksia?

Hoitoyksinäisyys on potilaalle järkyttävä kokemus. Hoitoyksinäisyys on kokemus, joka saa kertojansa silmät kostumaan ja äänen väräjämään vielä vuosienkin päästä tapahtuneesta. Se on kokemus, joka saa potilaan pelkäämään ja karttamaan sitä hoitopaikkaa tai sitä hoitavaa ihmistä, johon tämä kokemus liittyy. Hoitoyksinäisyyden kokemus värittää koko hoitokokemuksen, koska siinä potilaan ihmisarvo tai jopa koko elämä joutuu koetukselle. Saattaa olla, että leikkauspotilaan toimenpide onnistuu, haavat paranevat, hoitoaika on tehokkaan lyhyt ja sairaus lopulta paranee. Tilastoissa kaikki näyttää täydelliseltä, mutta potilas saattaa kokea olleensa liukuhihnalla ja jääneensä yksin. Potilas voi kokea yhtä lailla itsensä hoitoyksinäiseksi, jos hoito tai konkreettinen apu tai tieto jäävät saamatta tai vajaaksi. Tulevaisuudessa tämä voi olla entistä useamman potilaan kohtalo, sillä pula sairaanhoitajista ja perusterveydenhuollon lääkäreistä on monin paikoin huutava. Erityisen pahalta hoitoyksinäisyys tuntuu, jos potilas kokee, että häntä ei osata tai haluta auttaa ja hän ei tule kuuluksi ja todesta otetuksi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa henkilöstöpulan, säästöpainneiden ja suuren henkilöstövaihtuvuuden takia turvaudutaan

monin paikoin yhä vähemmän koulutettuun työvoimaan. Tämä tarkoittaa väistämättä potilaalle myös sitä, että osaamista on vähemmän. Media on tuonut viime aikoina jäävuoren huipun näkyviin tästä ongelmasta, mutta mitä asialle tehdään?

Hoitoyksinäisyyden seurauksena potilaiden mieliä jää kaivelemaan turvattomuus, epävarmuus ja epätietoisuus. Eettisesti arvokasta ja hoito-osaamisen arvoa nostavaa on se, että potilaan ei tarvitse kokea itseään hoitoyksinäiseksi siinäkään tilanteessa, että häntä ei voida enää auttaa. Tilanne voidaan hoitaa niin, että potilasta ei jätetä yksin tämän asian kanssa. On hyvä erottaa hoitavan ihmisen rooli hoitoyksinäisyyden ja eksistentiaalisen yksinäisyyden yhteydessä. Tilanteissa, joissa potilasta ei voida enää auttaa tai avusta huolimatta potilaan tilanne huononee, potilas saattaa kokea eksistentiaalista yksinäisyyttä. Tätä yksinäisyyttä hoitavatkaan ihmiset eivät voi poistaa, mutta voivat jakaa potilaan kanssa hänen kokemuksiin ja tuntemuksiin sekä läsnäolollaan lievittää yksinäisyyden tunnetta. Potilas tarvitsee kuuntelemista, kuulemista ja sitä kautta ymmärtämistä ja kohtaamista. Maksiminopeita läpimenoaikoja tavoiteltaessa potilaan kohtaaminen saattaa jäädä toisarvoiseksi. Läsnäolo vaatii aikaa, mutta läheskään aina läsnäolo ei ole ajasta vaan asenteesta kiinni, koska kyse on tavasta olla läsnä lyhytkin aika. Potilaan hoitaminen saattaa muuttua onnenkaupaksi, jos potilaan tilanteeseen ei ehditä paneutua. Minimtiin viedyt henkilöstöresurssit näyttävät säästöpäätöksiä tehtäessä miinusta viivan alle, mutta lopullisine seurauksineen tulevat yhteiskunnalle kalliiksi. Voidaanko kärsimykselle laskea hintaa? Säästöpainneiden lisäksi huonosti organisoidut tai suunnitellut resurssit saavat aikaan hoitavien ihmisten kuormittumista, uupumista ja lisää kustannuksia.

Hoitavat ammatti-ihmiset ovat saaneet koulutuksensa, omaksuneet alan eettiset arvot ja tietävät, miten potilaita tulee hoitaa. He ovat luvanneet ja haluavat hoitaa potilaitaan parhaan mahdollisen tietonsa ja taitonsa mukaan. Kun mahdollisuus hoitaa hyvin vaarantuu, alkaa hoitavien ihmisten eettinen kuorma kasvaa. Hoitavat ihmiset kerto-

vat, että potilas on pakko jättää yksin, vaikka kuinka sydäntä kylmää. He joutuvat lähtemään töistä miettien, mitä jäi tekemättä ja mitä siitä seuraa. Kuormitus johtaa jatkuessaan uupumukseen ja lopulta välinpitämättömyyteen. On kovetettava itsensä, jotta pystyy toimimaan vastoin eettisiä periaatteitaan ja tekemään vain näkyvimmän työn. ”On parempi olla kysymättä potilaalta, kun ei kuitenkaan ehdi vastata.” ”On parempi olla huomaamatta potilaan itkua, kun ei kuitenkaan ehdi pysähtymään potilaan vierelle.” ”On parempi antaa vain ohjelappunen nopeasti potilaan käteen, jotta potilas ei ehdi kysyä mitään, koska ei kuitenkaan ehdi jäädä selittämään asioita.” Näitä kuunnellessa on pakko kysyä, mitä hoitamisella nykyisin ymmärretään? Pinnallisesta, tempputukeskeisestä hoitamisesta on valitettavasti tullut hyväksyttävää ja taloudellisesti tavoiteltavaa, mutta onko se eettisesti tavoiteltavaa? Silti jokainen meistä toivoo tarvittaessa saavansa parasta mahdollista, inhimillistä ja yksilöllistä hoitoa. Erityisen haavoittuvassa asemassa ovat potilaat, jotka eivät pysty itse osallistumaan oman hoitonsa päätöksen tekoon.

Potilaan hyvä hoitaminen vaatii potilaan asioiden tuntemista ja niihin tutustumista. Hoitovastuussa oleva hoitava ihminen kysyi vastaleikattulta syöpäpotilaalta ”mitä sinulta on leikattu?” Syöpäpotilaan vastatessa, että etkö sinä tiedä, räjäytti hoitava ihminen kiireensä ilmoille: ”ei me täällä ehdiä lukemaan kaikkien hoitokertomuksia”. Haluaisitko sinä, että sinua hoitaa ihminen, joka ei edes tiedä sinun sairauttasi? Miten hoitava ihminen ymmärtää ja ohjaa potilasta, jos hän ei edes ehdi tutustumaan potilaan tietoihin? Hoitavien ihmisten kuormittuessa ja uupuessa, he eivät enää jaksa välittää. Asia ei korjaannu hoitavaa ihmistä vaihtamalla, vaan taustalla oleviin syihin puuttumalla.

Miksi sitten työelämässä ei voi hyödyntää koulutustaan eikä parasta tietämystään, vaan on pakko suoriutua hoitamisesta rimaa hipoen tai tietoisesti jopa alisuoriutua. Hoitavien ihmisten työn ilo ja työn imu katoavat ja eettinen kuorma kasvaa. Pula sairaanhoitajista ja perusterveydenhuollon lääkäreistä kielii siitä, että hoitavia ammattilaisia ei yksinkertaisesti houkuttele enää työ, jossa ihmistä pitäisi hoitaa samalla

tavalla kuin autoa autokorjaamolla. Autolle ei tarvitse puhua eikä autolla ole kysyttävää, auton tuntemuksia ja kokemuksia ei tarvitse ottaa huomioon, riittää, kun rikki menneet osat vaihdetaan ja mutterit kiristetään. Hoitavalle ihmiselle on äärimmäisen kuormittavaa, että hän joutuu hoitamaan ihmistä vastoin omaa etiikkaansa. Onko meillä enää yhteistä hoitamisen etiikkaa vai onko se enää yksittäisten hoitavien ihmisten etiikkaa, jos kohta sitäkään? Hoitoyksinäisyydestä päättävät viime kädessä johtajat ja päättäjät. Hoitoyksinäisyyskoulutuksissa hoitava ihminen kysyy murtuneena: ”Miten minä pystyn vastaamaan tähän kaikkeen, mitä potilas välttämättä tarvitsee?” Hoitava ihminen kokee, ettei hän riitä, koska hyvä hoitaminen ei ole enää mahdollista. Hoitoyksinäisyyden syitä ja ennaltaehkäisykeinoja pitää etsiä johtamiskulttuurista, hoitoprosesseista, organisaatioiden rakenteista ja ennen kaikkea johtamisen arvomaailmasta. Terveystieteiden ja ehkä koko yhteiskuntamme on ajautumassa eettiseen rapautumiseen, mikäli ihmisen hoitamista ei nosteta sille kuuluvaan arvoonsa. Silläkin on hintansa.

13. KOSKETUKSEN MERKITYS JA VOIMA HOITOTYÖSSÄ

Taina Kinnunen

”KOSKETUSTAHAN SE ON KOKO AMMATTI”

(SAIRAANHOITAJAOPISKELIJA)

Hoitotyötä on mahdotonta kuvitella ilman kosketusta. Potilaan lääkitseminen, peseminen, tukeminen liikkeissä sekä avustaminen ruokailussa ja pukeutumisessa ovat esimerkkejä arkisista toimenpiteistä, jotka toteutetaan erilaisilla kosketusotteilla. Kosketus ei kuitenkaan rajoitu välttämättömiin toimenpiteisiin, vaan sitä voidaan hyödyntää myös terapeutisesti. Kosketuksella voidaan pyrkiä virittämään potilaassa sellaisia tunnetiloja, jotka edistävät hänen hyvinvointiaan. Lempä ja hoivaava kosketus lievittää yksinäisyyttä ja ahdistusta. Se on ihmisen alkuperäisin tapa vahvistaa laumatunnetta ja pitää huolta kanssaihmisistä.

Kosketuksen myönteisistä vaikutuksista hoidon koettuun laatuun ja vaikuttavuuteen on vakuuttavaa tieteellistä näyttöä. Hoitajan lyhytaikainenkin, mutta harkittu kosketus viestii potilaalle läsnäoloa, välittämistä ja vastavuoroisuutta. Kädestä kiinni pitäminen, taputus olkapäälle tai käden levollinen painaminen potilaan selkää vasten viestii vastaanottomattomasti hyväksynnästä, lohdutuksesta ja huolenpidosta. Kirjaani *Vahvat yksin, heikot silyityksin. Otteita suomalaisesta kosketuskulttuurista* (2013) varten keräämissäni kosketuselämäkerroissa tuli esiin, että potilaat muistavat hoitajan lempeän kosketuksen yksityiskohtaisesti jopa vuosikymmenten päästä. Hoivaava ja läsnä oleva kosketus oli koettu usein toipumisen käännekohtana. Joissain tapauksissa ammattilaisen myötäelävän kosketuksen kuvattiin pelastaneen hengen itsetuhoisilta aikeilta.

Kokeellisissa tutkimuksissa kosketuksen on todennettu hyödyttävän monenlaisia potilas- ja asiakasryhmiä. Erityisesti haavoittuvassa asemassa olevat asiakkaat, kuten huonokuntoiset potilaat, vanhukset, lapset ja sekä kivuista ja toiminnallisista rajoitteista kärsivät potilaat hyötyvät terapeuttisesta kosketuksesta. Terapeuttisella kosketuksella tarkoitetaan esimerkiksi muutamaa kerran viikossa annettavaa kosketushoitoa esimerkiksi hieronnan avulla. Pääsääntöisesti myönteinen kosketus voidaan kuitenkin nivoa osaksi arkisia toimenpiteitä, jolloin sille ei tarvitse varata erillistä aikaa kiireisessä työssä. Oleellisinta on se, millaisin kosketusottein pakolliset työtehtävät suoritetaan ja miten potilas kohdataan kosketusta hyödyntäen.

Fysiologisesti kosketuksen voima perustuu kehon rauhoittumisjärjestelmän aktivoitumiseen kosketuksessa. Kosketus saa aikaan hormoni ja välittäjäaine oksitosiinin vapautumisen kehossa. Oksitosiini edistää palautumista psykofyysisestä rasituksesta, luo turvallisuudentunnetta, vähentää aggressiivisuutta, lisää uteliaisuutta ja rohkaisee sosiaalisuuteen. Se alentaa verenpainetta ja stressihormonipitoisuuksia, hidastaa sydämensykettä ja vahvistaa immunitaettia. Oksitosiinijärjestelmä on myös yhteydessä kehon muihin mielihyvää tuottavien hormonien ja välittäjäaineiden, kuten dopamiinin ja serotoniinin, erittymiseen. Oksitosiinia ei ole turhaan kutsuttu rakkauden hormoniksi.

Kosketus olisi kustannustehokas ja turvallinen tapa parantaa ratkaisevasti hoidon ja hoivan laatua. Hoitotyön teknologisoituminen ja taloudellinen panostaminen robotisaatioon ovat nostaneet esiin huolen inhimillisyyden katoamisesta hoidossa. Varsinkin vanhustyössä kosketus liittyy ajankohtaiseen keskusteluun hoitajamitoituksista. Potilaan koskettaminen ja kosketuksen välttäminen ovat arvoperustaisia valintoja, joiden huomiotta jättäminen loukkaa ihmisarvoa. Kosketuksen käytännöissä heijastuvat työntekijöiden ja heidän edustamiensa organisaatioiden eettiset periaatteet, vaikka sitä ei haluttaisi myöntää.

Kaikilla hoitotyön ammattilaisilla on omanlaisensa kosketustyyli. Se muotoutuu lapsuuden kasvuympäristön kokemusten, kulttuuris-

ten käytäntöjen ja ammattiin oppimisen myötä. Jotkut hoitajat kokevat kosketuksen luontevaksi tavaksi olla vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. He osaavat hyödyntää kosketusta monipuolisesti työrutiineissa, ja tunteiden spontaani osoittaminen kosketuksella on heille helppoa. Toiset hoitajat taas voivat kokea kosketuksen vaivaannuttavana tai jopa ahdistavana eleenä. He voivat pyrkiä välttämään potilaan koskettamista niin pitkälle kuin mahdollista.

Harjaantuminen ammatilliseen kosketukseen on kuitenkin mahdollista. Se on taito, jota voi opetella ja opettaa kaikille ammattilaisille. On tärkeää oppia tiedostamaan paitsi kosketuksen monet mahdollisuudet hoitotyössä myös ne psykososiaaliset tekijät, jotka vaikuttavat koskettamisen tapoihin. Ammattilaisen on hyvä pohtia omaa suhdettaan kosketukseen ja sitä tapaa, jolla hän itse on koskettanut ja tullut kosketetuksi elämänsä varrella. Hoitoympäristöjen monikulttuuristuminen on tosiasia. Yksilöllisten erojen lisäksi on hyvä tunnistaa kulttuuriset erot kosketustavoissa. Kulttuurisia eroja ei kuitenkaan kannata varoa liikaa, koska silloin voi kadottaa kosketuksen inhimillisenä voimavarana yli kulttuuristen rajojen.

Kosketus on aina vastavuoroinen ele. Toista ei voi koskettaa tulemat-
ta samalla itse kosketetuksi. Hoitajan on tärkeää olla tietoinen siitä, millaisia tunteita ja reaktioita kosketus saa aikaan hänessä itsessään. Tämä vähentää kosketukseen liittyvää emotionaalista kuormittumista työssä. Jokainen potilaskohtaaminen kosketuksen avulla on ainutlaatuinen. Ammattilainen oppii intuitionsa avulla tunnistamaan sen, millainen kosketus sopii eri potilaille erilaisissa hoitotilanteissa. Kirjaamme *Ammatillinen kosketus. Kuinka tunnetyötä tehdään (2019)* varten tekemissämme haastatteluissa hoivatyön ammattilaisille tuli esiin, että kosketuksen hallitseminen taitona vahvistaa kokemuksia työn palkitsevuudesta. Myönteisestä kosketuksesta on hyötyä niin potilaille kuin työntekijöille.

14. HOIVATAISTELU

Kirsi Hiilamo

”Elomme vaelluksen keskitiessä ma/harhaelin synkkää metsämaata/polulta oikealta/poikenneena”. Näin kirjoitti italialainen Dante Alighieri (1265 – 1321) Jumalainen näytelmä -eepoksen alkusanoilla (suom. Eino Leino, 1912). Keskitien on tulkittu viittaavan keski-ikään, jona tuolloin yleisesti pidettiin 35 vuotta. Tuossa iässä kirjoittaneen Danten synkkä metsämaa näytti sangen erilaiselta kuin 700 vuotta myöhemmin. Danten molemmat vanhemmat olivat kuolleet eikä hänellä ollut muutoinkaan hoivavastuuta, joka tuon ajan yhteiskunnassa kuului yksinomaan naisille. Nyt meillä keski-ikäisillä oma vanheneminen alkaa jo muistutella itsestään, ja samaan aikaan omat vanhempamme elävät vanhuusvuosiaan ja tarvitsevat apua – tai oma puoliso sairastuu yllättäen. Edessä on hoivataistelu.

Kaikki ihmiset tarvitsevat jossain elämänsä vaiheessa hoivaa. Hoivan tarve haastaa individualistisen ajattelun, jossa ihminen ajaa vain omia tavoitteitaan. Ihmiset eivät kykene aina olemaan itsenäisiä ja riippumattomia rationaalisia toimijoita. Kokonaisvaltainen hoivavastuu merkitsee kuitenkin poikkeamista ”vaelluksen keskitieltä”: elämme palkkatyöyhteiskunnassa, jossa jokaisen aikuisen – myös naisten – odotetaan huolehtivan itse omasta toimeentulostaan. Pienten lasten hoitoa varten on olemassa vanhempainpäivärahoja, kotihoidon tukea ja subjektiivinen oikeus päivähoitopaikkaan. Hoivaa tarvitsevan aikuisen huolenpito on yhdistettävä osaksi ansiotyötä ja oman kodin arkea.

Kamppailua käydään monilla rintamilla: julkisen avun saamiseksi hoivatavalle, ajan raivaamisesta hoivatyölle, omien voimien jakamisessa. Joskus kamppailua on käytävä myös hoivattavan kanssa sekä niiden elämän suurten ja vaikeiden kysymysten kanssa, joita läheisen kärsimys nostaa esiin.

Pohjoismaissa korostetaan muihin länsimaihin verrattuna erityisesti julkisen vallan roolia palveluiden järjestämisessä. Suomen perustuslain mukaan ”jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon”. Perustuslaki sanoo myös, että julkisin vallan on turvattava ”jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä”.

Vain harvat talvet ovat niin kutsuttuja subjektiivisia oikeuksia, joiden puutteista voisi haastaa kunnan oikeuteen. Kunnilla on valta määrittää tarkemmin, mitä julkiseen palvelulupaukseen kuuluu. Kuntien välillä ja sisällä onkin suuria eroja sen mukaan, miten paljon ja millaisia palveluita on saatavissa. Joissakin kunnissa esimerkiksi siivous ei sisälly kotiapuun, joissain taas kuuluu. Monissa kunnissa sosiaalipalveluiden piiriin on miltei mahdotonta päästä ilman sairaalajaksoa. Sellaiset vanhuksat ja muut hoitoa tarvitsevat aikuiset, jotka eivät ole turvautuneet sairaalahoitoon, voivat jäädä vaille perinteistä kotitalvua. Toisissa kunnissa palveluiden piiriin pääsee helpommin. Hoidon ja hoivan tarpeessa oleva ihminen ei välttämättä kykene itse pitämään puolta oikeuksistaan. Tämä korostaa läheisten merkitystä riittävän hoidon ja hoivan saamisessa.

Perustuslaki turvaa ”riittävät” eli tarpeen mukaiset talvet ovat hie-man kyynisesti todeten palveluita, joiden tarpeista kuntalaiset osaavat muistuttaa – muut jäävät ilman palveluita. Tämä säästää yhteisiä varoja, mutta vaatii läheisiltä voimia.

Hoivataistelu-kirjassa keski-ikäisiä ihmisiä kertomaan, millaisiin kamppailuihin he olivat joutuneet hoivatessaan omaa vanhempaa, puolisoa tai aikuista lasta. Emme voi varmistua siitä, miten totuudellisia vastauksemme ovat objektiivisesti arvioiden. Meillä kaikilla on tapana reagoida ärhäkästi ja emotionaalisesti tilanteisiin, joissa on kyse läheistemme terveydestä ja hyvinvoinnista. Esimerkiksi hoitohenkilökunta voi joutua subjektiivisen kritiikin vuoksi kohtuuttoman arvostelun kohteeksi.

Sama pätee hoitoa ja hoivaa tarjoavien organisaatioiden byrokraattisiin käytäntöihin, joilla saattaa olla laajemmasta näkökulmasta järkevä tarkoitus. Hädän hetkellä ihmiset eivät mieti laajempia kokonaisuuksia, eikä se ole tietenkään heidän velvollisuutensa.

Voimme kuitenkin kysyä, mikä merkitys yleensä kokemuksilla on hoi-vapolitiikassa. Onko organisaatioita arvioitava niiden omien kriteerei-den vai käyttäjien kokemusten perusteella?

Kysyimme, millaisia terveisiä vastaajat haluaisivat oman kokemuksensa perusteella lähettää hoitohenkilökunnalle eli sosiaali- ja terveysalan am-mattilaisille. Keski-ikäinen miehensä omaishoitaja on sitä mieltä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa on nykyisin enemmän resursseja kuin koskaan aikaisemmin: ”Ammattilaiset valittavat, jopa urputtavat liiasta kiireestä ja resurssipulasta. Kiire on useimmiten itse aiheutettua resurs-sien väärinkäytöllä. En ole ymmärtänyt sitä, miksi laitoksissa tarvitaan aina kaksi henkilöä esimerkiksi suihkuttamiseen, vaippojen vaihtoon, pukemiseen jne., kun kaikki kotona sujuu yhden ei-ammattilaisen hen-kilön toimesta yksin, täysin ergonomisesti. Kahden henkilön käyttö on silkkaa resurssien tuhlausta ja erittäin tuottamatonta. Tapa on iکیaikai-nen, eikä perustu mihinkään kuin väärin asenteisiin.”

Muut vastaajamme ymmärsivät hoitohenkilökunnan kiperän aseman. He ovat usein puun ja kuoren välissä yrittäessään kuroa umpeen tarpei-den ja resurssien välistä kuilua: ”Työntekijät joutuvat hirveään tilantee-seen, kun heidät on pakotettu sulkemaan silmänsä ilmeisiltä realitee-teilta. Hätäntyneet ja vihaiset omaiset kuormittavat näitä perustason työntekijöitä kohtuuttomasti, protestin pitäisi kohdistua ihan muualle, vanhustenhoidosta päättävälle ja sitä työtä johtaville ihmisille.”

Vastaajat toivoivat myös, että hoitohenkilökunta neuvottelisi läheisten kanssa hoidon ja tuen järjestämisestä. He ovat kuitenkin parhaita asian-tuntijoita ja ehkä ainoina ihmisinä pystyvät esimerkiksi tulkitsemaan hoidettavan elekieltä. Hoidettava ei saisi olla pelkkä toimenpiteiden

kohde: inhimillinen ja myötäelävä suhtautuminen kuuluu ammatillisuuteen. Samalla vastaajat toivoivat, että hoitohenkilökunta antaisi enemmän tietoja sairaanhoidosta eli esimerkiksi otetuista kokeista ja annetuista lääkkeistä. Sen sijaan laitosasumusta ei saisi tyrkyttää: ”yksityistä ja kunnallista hoivaa yhdistämällä sekä suvun ja ystävien avulla ihminen voi vaikka kuolla hyvän kuoleman omassa kodissaan.”

Hoivaajat toivoivat, että hoitohenkilökunta muistaisi, ettei läheinen ole vain toimien kohde, vaan oikea ihminen ja persoona, jonka läheinen on tuntenut pitkän aikaa.

Vahvana viestinä päätöksentekijöille vastaajamme totesivat, että on mahdotonta tehdä täyspäivätyötä ja hoitaa samaan aikaan avutonta läheistä. Työelämään tarvitaan joustoa ja omaishoitajien asemaa on parannettava: ”Se on toteutettava niin, että omaishoitajalla voi olla myös omaa elämää. Ei hoivavelvollisuutta 24/7 vaan vapaailtoja tulee olla riittävästi ja myös viikoittainen vapaapäivä ja mahdollisuus ainakin kolme kertaa vuodessa vähintään viikon lomaan. Omaishoitajuus on nyt orjatyötä.”

Vastaajat suhtautuivat kriittisesti suuruuden ekonomiaan eli palveluiden keskittämiseen ja palveluyksiköiden suurentamiseen: ”keskittämisen haitat näkyvät hoitohenkilökunnan uupumisena ja sairaslomina ja omaisten ja potilaiden tuskana ja kärsimyksinä sekä epätietoisuutena ja ulkopuolisuuden kokemuksina.”

Vastaajat toivoivat myös sellaisia joustavia ratkaisuja vanhustenhoitoon, joissa otettaisiin huomioon vanhusten omat asumistoiveet. Vastaajamme pohti, voisiko asumiseen löytyä jokin välimuoto avopalveluilla tuetulle itsenäiselle asumiselle ja laitoshoidolle: ”Ainakin omassa ystäväpiirissäni on jo kymmenen vuotta puhuttu ’mummokommuuneista’”. Joustavuutta kaivattiin lisäksi vanhusten psyykkisten ongelmien huomioon ottamisessa.

Kodilla on käytännöllisiä, oikeudellisia, sosiaalisia ja psykologisia merkityksiä vanhuksille ja pitkäaikaissairaille työikäisille. Se on tuttu paikka ja arjen alue, jota ihminen itse hallitsee. Miestään kotona hoitava keski-ikäinen nainen kertoo: ”Hoidettavalle kotona asuminen on todella paljon parempi ja mielekkäämpi vaihtoehto, jos hänen päänsä pelaa. Laitoksessa omainen on vain säilössä, kaikista kauniista puheista huolimatta. --- Jos saa asiat suhteellisen hyvin rullaamaan, omaishoitaajuus/omaishoivaajuus on myös palkitsevaa.”



15. KUINKA KANSALAINEN MUUTTUU POTILAAKSI?

Riikka Lämsä

Potilaaksi tulo on prosessi ja potilaaksi opitaan. Potilas kohtaa sairaalaan tullessaan käytäntöjä, joihin hän ei voi vaikuttaa ja joilla on aina myös eettinen ulottuvuus. Tässä kirjoituksessa tarkastelen potilaan kohtaamia sairaalaosaston käytäntöjä sekä potilaan kokemuksen että tutkijan sosiologisen katseen kautta. Kirjoitus pohjautuu vuonna 2013 julkaistuun väitöskirjaani ”Potilaskertomus”.

Potilaan ”ura” osastolla alkaa, kun hänelle annetaan sänky. Sängyn paikan kautta potilaasta tulee henkilökunnalle kakkosen kolmonen tai neloshuoneen ikkunapaikkalainen. Historiallisesti sukupuolet on erotettu toisistaan sijoittamalla naiset ja miehet eri rakennuksiin tai osastoille ja myöhemmin eri potilashuoneisiin. Nykyisin potilaita jaetaan joillakin osastoilla eri huoneisiin sen mukaan, mitä mikrobia he kantavat. Näin ehkäistään mikrobien sekoittumista ja tarttumista, mutta samalla tullaan ylittäneeksi kulttuurinen käytäntö, jossa miehet ja naiset ovat tilallisesti erotettuja kuten esimerkiksi uimahallien pukuhuoneissa.

Sängyn lisäksi potilas saa heti osastolle tullessaan potilasvaatteet. Niitä pidetään ympärivuorokautisesti, mutta muodoltaan ne ovat yövaatteiden kaltaisia. Yövaatteet ovat vähintä mitä alastomalle ihmiselle voidaan antaa ja siten potilasvaatetus korostaa paljaimmillaan oloa. Yhtenäisen vaatetuksen avulla ihmisen persoona katoaa ja hänestä tulee yksi tapaus muiden joukossa.

Sairaalaosastolla potilasta odottaa uusi äänimaailma. Suuri osa osaston äänistä on arkisia ja tuttuja kuten radiosta soiva musiikki tai ulkoa kantautuva liikenteen häly. Näiden lisäksi monen hengen potilashuoneissa

kuullaan inhimillisyyteen liittyviä ääniä, jotka sairaalan ulkopuolella on suljettu kodin ja intiimin piiriin. Tällaisia ovat erilaiset kuorsaukset, älähdykset ja pörähdykset. Osaston arkisia ääniä ovat esimerkiksi käytävältä kantautuva ruokakärryjen kolina, henkilökunnan puheensorina käytävällä ja siivouslaitteen hurina. Erilaiset teknologisista lääkintälaitteista lähtevät piippaukset, surinat ja hälytykset ovat useimmille potilaille uudenlaisia ääniä. Potilashuoneessa voi olla myös hiljaista, mitään ei kuulu. Uuteen äänimaailmaan tottuminen on osa potilaaksi tulon prosessia. Potilaasta on tullut sairaalaosaston potilas lopullisesti siinä vaiheessa, kun hän ei enää reagoi kaikkiin osaston ääniin, osaa tulkita ääniä ja toimia tarkoituksenmukaisesti niiden perusteella.

Sairaalaosastolla on kolmenlaista aikaa. *Fysiologisen ajan* tapahtumat ja toiminta pohjaavat ihmiskehon fysiologiaan ja biologisiin rytmeihin. Fysiologisen ajan suureita ovat esimerkiksi lääkkeen vaikutusaika, taudin etenemisvauhti tai virtsaamistiheys. *Organisatorista aikaa* ohjaa toiminnan rytmittäminen niin, että osaston elämä järjestyy tehokkaaksi, sujuvaksi ja saumattomaksi kokonaisuudeksi. Organisatorisen ajan suureita ovat esimerkiksi aamuvuoro, kahvitauko ja osaston päivärytmi. Henkilökunta on etenkin organisatorisella ajalla aktiivista. Sekä fysiologisen että organisatorisen ajan tapahtumat ovat potilaan näkökulmasta usein passiivista toimintaa, potilas on toiminnan kohde. Tapahtumat ovat osaston taholta järjestettyjä ja aikataulutettuja ja siten potilaan tahdosta riippumattomia. Potilaat suhtautuvat fysiologisen ja organisatorisen ajan tapahtumiin yleensä positiivisesti, koska toiminta koetaan merkityksellisenä oman hoidon ja paranemisen kannalta. Samalla ne rytmittävät potilaan päivää ja tekevät siitä säännöllisen.

Potilaan näkökulmasta sairaalaosastolla tapahtuu vain vähän. Fysiologisen ja organisatorisen ajan tapahtumat vievät normaalisti potilaan päivästä vain pienen osan. Kolmas, vain potilaalle näyttäytävä, aika osastolla onkin *odottamista*. Se on harvoin miellyttävää ja sitä leimaa pitkäväteisyys, hidastempoisuus ja tapahtumien vähyys. Potilaat odottavat jatkuvasti seuraavan fysiologisen tai organisatorisen ajan eli

osaston viralliseen päiväohjelmaan kuuluvan tapahtuman alkamista. Potilaat yrittävät järjestää itselleen tekemistä sairaalaosaston määrittämissä rajoissa, jotta odottaminen vähenisi ja aika kuluisi nopeammin. Tekeminen suuntautuu nimenomaan arkiseen, pieneen ja tuttuun toimintaan, kuten ”köpöttelyyn”, ”toosan” katseluun tai lukemiseen. Samalla potilaat tekevät sairaalaosaston vieraasta ja uudesta ainakin osittain tuttua ja ottavat haltuun sekä aikaa että tilaa.

Lääkärinkierto on potilaiden odottama tapahtuma osastolla, saavathan he tietoa sairaudestaan, hoidostaan ja ennusteestaan. Tutkijan näkökulmasta lääkärierrot näyttävät seuraavan samaa käsikirjoitusta, vaikka osasto ja mukana olevat henkilöt vaihtuvatkin. Käsikirjoituksessa on viisi erilaista vaihetta, joissa puhuja, puheen suunta ja keskustelun osallistujat vaihtelevat. Tavoitteena on luoda kahdenkeskisyyden illuusio lääkärin ja potilaan välille, jotta luottamuksellinen tietojen vaihto onnistuu ja lääkärin rooli asiantuntijana vahvistuu. Kahdenkeskisyys on kuitenkin harhaa, koska myös muut potilaat kuulevat kaiken, mitä huoneessa puhutaan. Kanssapotilaat osallistuvat kahdenkeskisyyden illuusion luomiseen käyttäytymällä lääkärierrojen aikana ikään kuin he eivät kuulisi ja näkisi mitään muihin potilaisiin liittyvää. He makaa-vat silmät suljettuna sängyllään, lukevat tai puuhastelevat jotain pientä, eivätkä seuraa lääkärierrojen tapahtumia avoimesti katseellaan. He eivät kommunikoi keskenään eivätkä reagoi huoneen tapahtumiin.

Lääkärierrosta monen hengen potilashuoneessa voi puhua julkisena käytäntönä, jossa potilaan sairauteen ja terveydentilaan, elämäntilanteeseen, asumisolosuhteisiin, taloudelliseen tilanteeseen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät asiat kantautuvat kanssapotilaiden korviin. Näin lääkärierro potilashuoneessa rikkoo jo lähtökohtaisesti potilaan tiedollisen yksityisyyden. Henkilökunnan näkökulmasta tämä ei ole ongelmallista, koska heitä koskee lain mukaan vaitiolovelvollisuus ja salassa pidettävien asioiden hyväksikäyttökielto. Salassapitovelvollisuus ulottuu myös opiskelijoihin, toimistotyöntekijöihin, vahtimestareihin ja osastolla käyvään kampaajaan, mutta ei kanssapotilaisiin.

Sairaalaosastojen hoitoajat ovat lyhentyneet, joten neuvottelut potilaan kotiuttamisesta aloitetaan jo potilaan tullessa sairaalaan. Neuvotteluissa osaston henkilökunta, potilas ja usein myös omaiset keskustelevat minne, milloin ja minkä perusteen vuoksi potilas kotiutetaan – tai jää edelleen sairaalaan. Kotiuttamisperusteita on neljä. *Lääketieteellisessä* kotiuttamisperusteessa sairaalassa pysymistä tai kotiuttamista perustellaan potilaan taudilla ja sen mitattavissa olevilla suureilla kuten laboriotuloksilla. *Toimintakykyperusteessa* kotiuttamista määrittää potilaan kyky selviytyä arjestaan: liikkuu, pukeutuu, huolehtii ravinnostaan ja niin edelleen. Toimintakykyä arvioidaan potilaskohtaisesti suhteessa esimerkiksi asumisolosuhteisiin ja sosiaaliseen turvaverkkoon.

Elämäntilanneperusteessa potilaan kotiuttamista arvioidaan elämäntavan tai käytännön asioiden ja ongelmien perusteella. Tällaisia voivat olla esimerkiksi päihteiden käyttö, huono elämänhallinta, omaishoitajan loma, asunnon kunto tai turvattomuuden tunteet. *Hallinnollista* kotiuttamisperustetta käytetään silloin, kun kotiuttamisen tarvetta perustellaan potilaan osastolla viettämän ajan pituudella, osaston paikkatilanteella tai jonossa olevien potilaiden määrällä.

Usein eri perusteet ohjaavat erilaiseen toimintaan. Potilaan lääketieteellinen sairaus on ehkä parantunut ja potilas voitaisiin sillä perusteella kotiuttaa, mutta toimintakyky ei mahdollistakaan kotona selviytymistä. Koska joku päätös on kuitenkin tehtävä, kotiuttamisneuvotteluista tulee helposti konfliktierkkiä, henkisesti raskaita ja aikaa vieviä, kun henkilökunta, potilas ja hänen omaisensa esittävät argumentteja eri näkökulmista. Lisäksi henkilökunnan kesken neuvotellaan siitä, minkä kuntoisia potilaita voidaan ylipäätään kotiuttaa.

Sairaalaosasto on täynnä käytäntöjä, joilla on pitkät historialliset perinteet. Esimerkiksi lääkärinkierto on pysynyt lähes samanmuotoisena vuosikymmeniä. Toisaalta on käytäntöjä, jotka ovat muotoutuneet esimerkiksi viimeaikaisen teknologisen kehityksen myötä. Kaikkia käytä-

täntöjä tulisi tarkastella kriittisesti: miten eettisesti kestäviä ne ovat ja miltä ne potilaan kokemina tuntuvat.

Lämsä, Riikka (2013) Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tutkimuksia 99. THL. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104408>



16. TOIVOTON TAPAUK – MATKA MIELENTERVEYSASIAKKAASTA TOHTORIKSI

Päivi Rissanen

*Sairaalassa kävelen käytävää päästä päähän
Minä vain kuljen ja kuljen
Parvekkeen ovet käytävän molemmissa päissä ovat lukossa, tietenkin
Minä jatkan levotonta kulkemistani,
eikä kukaan pysäytä minua.*

Näin kuvasin päiväkirjassani kesää vuonna 1994. Kirjoittaessani en onneksi tiennyt sitä, että kokemus päätyisi yli 20 vuoden kuluttua väitöskirjaan, joka käsittelee omaa sairastumistani ja kuntoutumistani. Onneksi en myöskään tiennyt, että seuraavien seitsemän vuoden aikana tulisin kuluttamaan psykiatristen osastojen käytäviä loputtomalla kulkemiselläni ja minusta tulisi lopulta ”toivoton tapaus.”

Kevään 1994 suunnitelmiini ei kuulunut psyykkinen sairastuminen, eikä ura pitkäaikaispotilaana. Olinhan juuri valmistunut sosiaalityöntekijäksi, jonka tehtävänä oli auttaa muita. Toisin kävi. Ura aikuissosiaalityössä vaihtui kriisihoitoon mielenterveystoimistossa, urasuunnitelmiin TE -toimistossa, hoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolla, myöhemmin lukemattomiin avohoitajaksoihin ja hoitoihin psykiatrisilla osastoilla.

Tulevaisuuteni katkesi sairastumiseen. Se jätti elämäni tyhjiön ja tyhyyden, mutta niin kuin kirjoitin päiväkirjaani, en huomannut, mitä kaikkea jäi jäljelle. Psyykkinen sairastuminen on kriisi sekä itselle että läheisille, mutta se ei ole elämän- eikä maailmanloppu, enää.

Olen onnellinen, etten elänyt esimerkiksi 1800-luvun puolivälin Suomessa. Tuolloin olisin todennäköisesti päätenyt Seilin-saarelle loppuelämäkseni, arkkulautojen kanssa, ja jäänyt täysin ilman hoitoa sekä kuntoutusta. Asenteet psyykkisiä sairauksia kohtaan ja niiden hoito ovat muuttuneet vuosikymmenten aikana. On kehitetty uusia hoitomuotoja ja lääkkeitä. Laitoshoitoajat ovat lyhentyneet. Sosiaaliturma ja avohoito ovat kehittyneet. Myös hoitokulttuuri on muuttunut. Tänä päivänä puhutaan asiakkaan asemasta, toimijuudesta, osallistumisesta, osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä.

Vuosien kuluessa minäkin harjoittelin arjen taitoja, kävin kehonhahmotusryhmässä, sain neurokognitiivista kuntoutusta ja psykoedukatiivista ohjausta: opettelini tunnistamaan sairauden pahenemista ennakoivia merkkejä, erottamaan ne lääkkeiden sivuvaikutuksista ja pysyvistä pitkäaikaisoireista. Sairaalahoidojen aikana retkeilin, matkailin, mökkeilin, lenkkeilin, askartelin, piirsin, maalasini ja leivoin. Minua tutkittiin, kuvattiin, testattiin, diagnosoitiin, lääkittiin ja terapoiitiin. Kävin fysioterapiassa ja fysioakustisessa hoidossa. Minusta otettiin verinäytteitä, laadittiin lääkärintlausuntoja lääkekorvausta, sairauslomia, kuntoutustukea, psykoterapiaa, eläkettä ja eläkkeensaajan hoitotukea varten. Minulle laadittiin hoitosuunnitelmia ja niitä tarkastettiin, koottiin verkostoa, kokoustettiin, minut otettiin pakkohoitoon, suljettiin erityshuoneeseen, sidottiin lepositeisiin, minua vierihoidettiin, uhkailtiin, patisteltiin, rohkaistiin ja rauhoiteltiin.

Toisaalta minun kanssani keskusteltiin, minua kuunneltiin, minut kohdattiin aidosti, minua yritettiin ymmärtää, tarjottiin turvaa, hoivaa ja huolenpitoa, minun kanssani lenkkeiltiin, pelattiin ja istuttiin vieressä. Sain siis myös paljon hyvää hoitoa.

Kaikesta yrittämisestä huolimatta minusta tuli toistuva näky sairaaloissa, osastoilla ja avohoidossa. Vuosien kuluessa minusta tuli pitkäaikaispotilas, se toivoton tapaus, joka vain kävelee ja kävelee, ikiliikkuja, jota kukaan ei osaa pysäyttää, ja joka ei itsekään osaa pysähtyä. Syy ei ollut

hoitoyritysten puutteessa, ei myöskään resurssipulassa. Kohtasinhan satoja ammattiauttajia ja sain apua kymmeniltä tahoilta.

Tämä kaikki ei kuitenkaan ole ollut turhaa. Kuntoutumiseni on kuin palapeli, jonka kokoaminen on vienyt aikaa. Ihminen ei yleensä kuntoudu viikoissa, kuukausissa tai edes vuosissa. Usein tarvitaan kärsivällisyyttä itseltä, auttajilta ja järjestelmältä. Se mikä ihmisen sisälle rakentuu, ei myöskään aina ole juuri sillä hetkellä näkyvissä. Kohtaamisen hedelmät voivat näkyä myöhemmin, vasta vuosien tai vuosikymmenten kuluttua.

Yli 40 sairaalahoitokerran ja yli vuoden yhtäjaksoisen sairaalassa olon jälkeen, minut siirrettiin pitkäaikaisosastolle. Saatesanoiksi sain ”varaudu siihen, että olet täällä vuosia.” Taisin olla pohjalla. En ollut motivoitunut hoitoon, kuntoutumisesta puhumattakaan. Tosin ei kukaan tainnut minua halutakaan hoitaa. Kukapa nyt vaikeaa, hankalaa ja toivotonta tapausta haluaisi hoitaa?

Uuden omahoitajan kysymys, ”Päivi, haluatko viettää loppuelämäsi sairaalassa?”, pysäytti kulkemiseni. Se pysäytti minut miettimään, tätäkö haluan. Toisaalta kysymys tarjosi toivon ja avasi mahdollisuuden johonkin muuhun. Uskalsin toivoa ja uskoa tulevaisuuteen vasta sen jälkeen kuin hoitaja näytti uskovan ja luottavan siihen. Vastaukseni hänen kysymyksensä oli ensimmäinen askel kohti tätä päivää.

Oleellista kuntoutumisessani on ollut se, että vuosien aikana minusta on kasvanut tunteva ihminen, yksilö, minä. Tärkeämpiä asioita tällä matkalla ovat olleet kohtaamiset, vuorovaikutus, asiakassuhteet, psykoterapia, vertaistuki ja mielekäs tekeminen. Keskeistä on ollut myös mahdollisuus elää mahdollisimman hyvää, omannäköistä ja aktiivista elämää, joko sairauden ja oireiden kanssa tai ilman niitä. Tästä puhutaan niin sanottuna toipumisajatteluna tai recovery-toimintaorientaationa. Siinä keskeistä on toivon näkeminen, ihmisen kokemus ja oikeus

tehdä päätöksiä sekä vaikuttaa omiin asioihinsa. Hoidon tavoitteena on mielekäs elämä, ja kuntoutuminen nähdään tieksi tai poluksi, jossa keskitytään yksilön voimavarojen ja vahvuuksien tukemiseen.

Sairastuminen oli kriisi, jossa elämältä tuntui putoavan pohja, muttei kuntoutumisenkaan helppoa ole ollut. Myös se on muuttanut elämää ja tuonut siihen uusia asioita. Kuntoutumiseen on liittynyt tulevaisuuden ja toivon sekä pelon ja epätoivon välinen jännite. Kuntoutuminen, aivan kuin elämä muutoinkin, on ylös ja alas meneviä polkuja. Se ei ole suora, eikä siloteltu tie. On sama, onko niin sanotusti terve tai sairas, ammattilainen tai potilas. Meillä jokaisella on omanlaisensa tie ja erilaiset mäet.

Vertaisohjaajana ja kokemusasiantuntijana toimiminen ovat olleet askeleita nousta sieltä, mihin olin sairastuessani pudonnut. Niiden kautta pystyin kääntämään vaikeat ja ahdistavat kokemukset voimavaraksi, esimerkiksi väitöskirjani tutkimusaineistoksi. Voin hyödyntää kokemuksiani ja tuottaa niiden avulla uutta tietoa psyykkisestä sairastumisesta ja kuntoutumisesta, identiteetin muuttumisesta ja kenties vaikuttaa psyykkisiin sairauksiin liittyviin kielteisiin asenteisiin sekä ennakkoluuloihin.

Lopuksi, tutkimuksella on tuloksensa ja tarinoilla opetuksensa. Toivotavasti tarinani opettaa ensinnäkin sen, ettei toivottomia tapauksia ole. Ei ennen kuin on yritetty vielä kerran. Ja toiseksi sen, että jokaisen potilaan, kuntoutujan tai asiakkaan sisällä on arvokas ihminen. Kukaan ei ole ongelmakimppu eikä diagnoosi sekä kolmanneksi sen, että olin yhtä arvokas ihminen sairaalan lepositeissa kuin nykyään kehittäjä-sosiaalityöntekijänä, valtiotieteiden tohtorina ja terveystieteiden jatko-opiskelijana.

17. RISKEISTÄ VIELÄ KERRAN JA DIAGNOOSEISTA

Timo Airaksinen

Sairastuminen on vaarallista. Sairaudet vammauttavat, lyhentävät elämää ja tappavat. Viimeinen riskistä on outo, koska ihminen kuolee kuitenkin johonkin vaivaan ja tautiin, jos ei sitten onnettomuuteen. Muistan ajan, jolloin lääkäri sanoi mummini siskolle, ”teillä on näivetystauti ja siihen te kuulette”. Mikä se sellainen näivetystauti on? Lääkäri tekee diagnoosin, toteaa vaivan luonteen ja suosittaa hoitoja, joko parantavia tai palliatiivisia. Ketään ei lähetetä kotiin kuolemaan. Jospa kaikki olisikin näin helppoa. Ihanne on kuitenkin vain ihanne ja haavekuva, todellisuus raadollinen. Ongelmana on diagnoosin tekemisen vaikeus.

Olen aina ihmetellyt, kuinka lääkäri oppii tekemään diagnooseja. Kaiken oppimisen edellytyksenä on toisto. Oppija tekee valistuneen arvauksen ja katsoo sitten miten kävi. Hän toistaa tätä kaavaa vaihteleviin tapauksiin. Pitkän toistosarjan seurauksena tapahtuu oppiminen. Jari Litmanen harjoitteli pallon potkaisemista sarjoina, joissa hän toisti potkua tuhansia kertoja. Lahjakkuus plus toistot tekevät mestarin. Litmanen ei epäonnistunut rangaistuspotkuissaan koskaan.

Miten tämä liittyy diagnostiikan vaikeuksiin. Itselläni oli pitkän aikaa puristava tunne rinnassa ja poskiontelosärkyä. Kärsin sitä sisukkaasti monta vuotta, kunnes lopulta arvasin oikein ja totesin, että kahvinjuonti on vaivan syy. Olin lakannut sietämästä kofeiinia. Lopetin kahvin juomisen ja vaiva katosi. Menin terveystieteiden keskuksen, sellaiseen yksityiseen, valittamaan sietämätöntä kipua pohkeessa. Istuminen oli mahdotonta. Kysyin, onko se issias. Lääkäri sanoi, ettei ole, ja määräsi särkylääkettä. Kun kipua jatkui, menin uudestaan samalle lääkärille, joka sanoi, että

selvä issias. Vaiva on olemassa hyvin lievässä muodossa edelleen ja joh-
tunee lonkasta. Tuttava oli Tallinnassa ja heikotti hirveästi ja oli vaikea
hengittää. Hän sai lääkäriltä astmapiipun. Kun edelleen heikotti, meni
sairaalaan, jossa todettiin hengenvaarallinen sydämen vajaatoiminta.
Veljen vaimon puhekyky petti ajoittain. Lääkäri otatti kuvat ja sanoi,
jotakin hermostuksesta ja rentoutumisen tarpeesta. Vuoden päästä
todettiin aivosyöpä, eikä lääkärin lausuntoa kuvista löydy.

Diagnoosi on vaikea asia ja siihen liittyy riskejä. Yksi harvoin havait-
tu riski liittyy hyvän ja pahan tapauksen epäsymmetriaan: kun saan
mieluisan lausunnon, jätän asian sikseen; kun saan epämieluisan lau-
sunnon, haen uuden lausunnon toiselta lääkäriltä. Järkevää olisi tietys-
ti hakea toinen lausunto joka tapauksessa, mutta harva siihen ryhtyy.
Oikeastaan pitäisi aina hakea toinen lausunto. Jos ne ovat ristiriidassa
keskenään, ei saa valita itselleen mieluisampaa, vaan pitää hakea vielä
uusi lausunto.

Olen vakuuttunut siitä, että diagnostiikan vaikeutta ja ongelmallisuut-
ta ei oteta tarpeeksi vakavasti. Mitenkähän tätä asiaa opetetaan lääketie-
teen kandeille. Kerrotaanko heille, että heidän diagnoosinsa ovat oikei-
ta vain tietyllä todennäköisyydellä, jonka prosenttiluku on aika pieni?
Onko olemassa luotettavaa tilastoa diagnoosin osuvuudesta suhteessa
erilaisiin tapauksiin ja olosuhteisiin? Miten sellainen tilasto tehtäisiin?

Asiakkaan ja potilaan olisi tärkeä tietää, onko nuorten ja kokematto-
mien lääkärin menestyskerroin merkittävästi korkeampi kuin van-
hojen ja kokeneiden. Onko naisten ja miesten tekemien diagnoosien
välillä eroa? Tuttavani nainen kärsi vuosia kammottavista vatsan alueen
kivuista, joihin ei löytynyt syytä. Kerran hän oli taas sairaalassa, jossa
naislääkäri kerran katsoi hänen kasvojensa ja silmiensä väriä ja totesi
yksikantaan, sinulla on sappikivet. Ongelma oli sillä selvitetty. Joskus
oikea diagnoosi syntyy noin vain osaavan lääkärin toimesta.

Vaimon äidin nenästä vuoti toistuvasti paljon verta, josta syntyi vaka-
va anemia. Vanhus vietiin muutaman kerran ambulanssilla sairaalaan

saamaan verta. Ensimmäinen diagnoosi oli, syö liikaa aspiriinia. Äiti ei koskaan syönyt aspiriinia, eikä sitä ollut kotona. Toinen diagnoosi oli suolistoverenvuoto, pitäisi tutkia laparoskopian avulla. Tytär ei antanut lupaa toimenpiteeseen dementoituneen 95 vuotiaan äitinsä kohdalla. Sitten kolmas lääkäri keksi polttaa nenän vuotavan verisuonen, joka paransi vaivan heti ja pysyvästi. Jokainen diagnoosi on potilaalle riski.

Yleensä potilas luottaa lääkäriin ja tyytyy siihen, mitä hänelle sanotaan. Tämä on irrationaalista ja perustuu lääkärin tiedollisen auktoriteetin tunnustamiseen. Olen aina ihmetellyt, miten lääkärit näissä oloissa koskaan oppivat tekemään osuvia diagnooseja. Potilas tulee vastaanotolle, poistuu sieltä resepti mukanaan, ei enää palaa, joten lääkäri voi katsoa onnistuneensa. Ei tarvita paljon tieteen filosofista koulutusta, jotta ymmärtäisi ongelman: se, että potilas ei palaa, ei ole kovin vahva evidenssi sen puolesta, että diagnoosi olisi ollut oikea. Lääkärillä on luonnostaan tarve uskoa, että palaamattomuus tarkoittaa oikeaan osunutta diagnoosia, koska tämä uskomus oikeuttaa ja helpottaa hänen työssään kohtaamaansa ahdistusta. Mekanismi ei tietenkään ole tiedostettu.

Ihanteellisessa tapauksessa lääkäri saisi aina tiedon potilaan kohtalosta diagnoosin jälkeen, jolloin hän oppisi työssään kuin Jari Litmanen ikään. Toistot ja toistoista oppiminen ovat välttämättömiä tekijöitä tiedon kehittämisessä. Erehdyksen toteaminen ja kokeminen on oppimisen äiti. Moderni lääketiede tuntuu olevan tässä suhteessa vaikeuksissa. Saiko astmapiiipun määrännyt lääkäri koskaan tietää potilaansa kohtaloa? Potilas olisi hyvin saattanut kuolla virhediagnoosin seurauksena. Olisiko lääkäri saanut tietää tästä? Lääkärin mielenterveyden kannalta hänen ei olisi ollut hyvä tietää.

18. KUOLEMA – OPETTAJISTA VIISAIN JA VIHOLLISISTA VIIMEINEN

Torsti Lehtinen

Suomen kielessä on kymmeniä kuolemaa tarkoittavia ilmaisuja. Manan majoille muuttaja voi potkaista tyhjää, heittää veivinsä, siirtyä ilma-voimiin, kääntää kuppinsa, heivata lusikan nurkkaan, panna hampaat naulaan, vetää töpselin seinästä tai lopettaa tupakan polton.

Suomea taitamaton tanskalainen filosofi Søren Kierkegaard ei tuntenut näitä väkinäisen hilpeitä eufemistisia sanontoja, joiden taakse kuolemanpelkoinen ihminen lymyää. Kun hän kirjoitti, että humoristeista suurin on kuolema, hän tarkoitti jotakin aivan muuta. Tällä haastavalla lauseellaan hän muistuttaa yksinkertaisesti siitä, että kuolema ei ota todesta yhteiskunnallisia rooleja ja arvoasemia. Sen alastomaksi riisuvan katseen edessä on naurettavaa ryhtyä huseeraamaan ministerinä tai teologian tohtorina. Noutajalle on turha sanoa, että en ehdi lähteä mukaasi, kun on niin paljon tärkeää tekemistä.

Muukalaisuus maailmassa on ihmisen kohtalo. Hän elää epätoivon tilassa: hänet on maailmaan heitetty, ja hän tietää varmasti vain sen, että hän kulkee kohti kuolemaansa. Nicaragualainen munkki ja runoilija Ernesto Cardenal maalaa sanoillaan karun kuvan ihmisen tilasta. ”Ihminen on tehty yöstä ja kuolemasta.”

Torjuttu kuolemapelko teettää ihmisellä järjettömiä tekoja. Hädissään hän kerää kaikenlaista krääsää, helyä ja hälyä. Aina täytyy ostaa jotakin, ja korvat pitää täyttää musiikin tai urheiluselostusten viihteellä.

Tavaratalot ja vaatekaupat uskovat tekevänsä asiakkailleen palveluksen, kun ne syytävät musiikiksi kuviteltua äänisaastetta tuutin täydeltä.

Toivon, että minulla olisi silmäluomien lisäksi korvaluomet, jotta saisin rauhassa housuni ostetuksi silloin harvoin, kun uudet sellaiset tarvitsen. Metelin ja tavarahan haalimisen lisäksi muitakin kuolevaisuuden unohtamisen keinoja on yllin kyllin tarjolla. Suomessa yksi suosituimmista maksaa vain pari kymppiä pullo ja eteläisestä tai itäisestä naapurimaastamme sitä saa vielä halvemmalla.

Taide ja kirjallisuus rohkaisevat vieraantunutta ihmistä kohtaamaan aidommin elämänsä kovat ehdot. Paul Gauguin näkee ihmisyksilöt ikävän ruumiillistumina, jotka etsivät epätoivoisesti vastausta kysymyksiin, jotka hän esittää kuulussa maalauksessaan: ”mistä me tulemme, keitä me olemme, minne me menemme?”

”Jok’ainut askel sun matkallas on askel kohti sun kuoloas”, opettaa satuteta Zachris Topelius, ja tätä säettään hän ei tarkoittanut saduksi.

Ilkikurisemmin saman asian ilmaisee ruotsalainen rokokoorunoilija Carl Michael Bellman, joka aloitti runoilijantyönsä virsien sepittäjänä mutta on tullut paremmin tunnetuksi maallisemman runoutensa ansiosta. Siihenkin hän kyllä ammentaa vaikutteita Raamatusta.

Bellmanin laulelmissa kaiken katoavuuden tuntoon yhtyy dionyysinen hurmio. Viini, laulu ja naiset ovat runoilijan keino unohtaa elämän turhuus. Juomasarkkaa hän tarjoaa lohdutukseksi myös isä Movitzille, epistoloidensa keuhkotautiselle konstaapelille:

Sarkkasi juo – kas, kalma hioo kalpaa
kynnykses eessä, sua odottaa!
Pois hätä; hän vain nostaa haudan salpaa,
sulkee sen vielä – ehkä vuoden taa.

Isä Movitzin kanssa kilistää lasiaan sata vuotta myöhemmin runoilija Dan Andersson, joka kohottaa juomalaulussaan maljansa ”vuoksi raihnaisen ruumiin, johon kuolema käy”. Hän muistaa kuolevaisuutensa ja

juo unohtaakseen sen. Runoilijan pöydässä elämä ja kuolema skoolaa-vat keskenään. Akvaviitti, aqua vitae, elämän vesi on nykyisin suosittu juoma Bellmanin ja Anderssonin maanmiesten pidoissa.

”Syökäämme ja juokaamme, sillä huomenna me kuolemme”, kirjoittaa itse apostoli Paavalikin kuvatessaan elämää vailla ylösnousemuksen toivoa.

Vailla ylösnousemuksen toivoa elävä voi oppia kestäämään kovan osansa muutoinkin kuin unohduksen tai mustan huumorin avulla. Edesmen-nyt sairaalateologi Irja Kilpeläisen kertoo kirjassaan Samalle portille, minkälaisia vastauksia hän sai, kun hän kysyi välittömästi lähestyvää kuolemaa odottavilta potilailta, mitä he vielä toivoisivat elämltä sen viime hetkinä.

Vastaukset olivat maanläheisyydessään nöyriä ja vaatimattomia. Ku-kaan ei havitellut optioita, osakesalkkuja eikä yhteiskunnallisia asemia. Yksi toivoi saavansa vielä kerran kävellä mäntymetsässä, toinen meren-rannassa, jossa kiirivät lokkien huudot. Kolmas olisi halunnut vielä ker-ran tulla töistä kotiin, niin että lapset juoksevat ovelle vastaan.

Kuolema on elämäntaidon opettajista viisain. Kuolevaisuuden tiedos-taminen vapauttaa turhasta. Tietoisuus kuoleman läheisyydestä korjaa arvojärjestyksen ja avaa silmät näkemään katoavien hetkien arvon. Kuoleman valossa jokainen hetki on pyhä.

Kuoleman muistaminen synnyttää kuolevaisten ja kärsivien ihmiso-lioiden keskinäisen veljeyden ja sisaruuden. Kun ymmärtää kaikkien yhteisen osan, ei halua tehdä kohtalotovereittensa vaellusta tässä mur-heenlaaksossa vaikeammaksi kuin se jo luonnostaan on.

Kuolemaa pelkääviä lohdutetaan joskus väittämällä, että kuolema on vain osa elämää. Väite ei pidä paikkaansa. Kuolema ei ole osa elämää. Se on elämän loppu. Sen sijaan sekä elämä että kuolema kuuluvat mo-lemmat itsestään selvinä osina kokonaisuuteen, jolle ei ole arkikielessä

nimeä. Filosofit nimittävät sitä eksistenssiksi. Elämä ja kuolema ovat kumpikin eksistenssin luonnollisia osia kuten päivä ja yö ovat vuorokauden osia.

Ihmiskunnassa elää ikiaikainen haave kuoleman voittamisesta. Muinai-
sessa Egyptissä varakkaat vainajat palsamoitiin. Muumion jalkoväliin
laitettiin *Kuolleiden kirja*, matkaopas manalaan, ja kääreisiin kiinnitet-
tiin skarabee-koru, jonka uskottiin asettuvan tuomiopäivänä vainajan
syntisen sydämen sijalle.

Hindulaisen idän mytologiassa elämä ja kuolema kulkevat käsi kädessä.
Suuri jumala Mahadiva on elämän ja kuoleman jumala. Samankaltai-
nen jumalakuva näkyy myös Vanhassa testamentissa, jossa kaiken me-
nettänyt Job raapii paiseiden runtelemaa ruumistaan ja lausuu. ”Alas-
tomana minä tulin äitini kohdusta, alastomana palaan täältä. Herra
antoi, Herra otti, kiitetty olkoon Herran nimi!”

”Opetä meille, miten lyhyt on aikamme, että saisimme viisaan sydä-
men”, huokaa tekemistensä turhuuteen kyllästynyt Vanhan testamen-
tin Psalmien kirjoittaja.

Viisautta on ymmärtää, että kuolema tekee moraalista valinnoistam-
me peruuttamattomia, se naulaa ne teeseiksi taivaan porttiin. Voimme
lohduttautua muistamalla, että elämä on lyhyt: emme ehdi tehdä kaik-
kia virheitä, jotka haluaisimme.

Kristinuskon tavoittelee Kristuksen ylösnousemuksen inspiroimana
voittoa kuolemasta. Apostoli Paavali uskoo, että ”vihollisista viimeisenä
kukistetaan kuolema”.

Täytyy toivoa, että Paavali tietää, mistä puhuu. Jos kaikki päättyy kuo-
leman lopulliseen voittoon, niin elämä on vain absurdi näytelmä, jossa
maailmaan heitetty kuolevaiset kompuroivat kohti hautaa.

19. TOTTA TOINEN PUOLI?

Seppo Knuuttila

Syksyllä 2008 Avoimen Eettisen Foorumin tilaisuudessa keskusteltiin siitä, onko sairastamisessa mitään hauskaa. Esittelin eräitä huumorintutkimuksen mahdollisia lähestymistapoja – kuten ambivalenssi, artikulaatio, inkongruenssi – päivän kysymykseen, mikä jälkeen pohdittiin (odotuksen mukaisesti) sitä, kenen näkökulmasta asioita katsotaan ja millaiset kulttuuriset normit tätä epäparista suhdetta säätelevät. Muis-
taakseni.

Tässä kirjoituksessa ajattelin tarkastella sitä, miten huumori erilaisin koomisin keinoin tuottaa ristiriitaisia esityksiä mistä tahansa, periaatteessa. Sairaus ei jää hauskan ulkopuolelle, mutta ei jää jumalakaan eivätkä muut sinun pyhinä pitämäsi asiat. Vaikka kaikki voidaan esittää koomisessa valossa, kaikki eivät niin tee.

Otsikkoni viittaa tunnettuun sanontaan, jonka mukaan pienimmässäkin pilassa olisi totta toinen puoli. Toisin sanoen jokainen humoristinen esitys viittaisi johonkin vakavasti otettavaan seikkaan, joka on sellaiseenaan totta. Kun keskustelua esimerkiksi käydään jotakin vähemmistöä loukkaavaksi koettujen esitysten komiikasta, kysymys ei ole siitä, että ne antaisivat puolittain totuudellisen kuvan komiikan kohteesta. Sen sijaan totuuden siemen itää sellaisen yhteiskunnan maaperässä, joka saman aikaisesti kieltää ja sallii jonkin ryhmän naurunalaiseksi tekemisen julkisesti.

Huumorintutkijat ovat eri puolilla maailmaa panneet jo ajat sitten merkille, miten sopimattomana pidetty huumori siirtyy sitä kaihtavasta mediasta ”epävirallisen” viestinnän piiriin. Tässä prosessissa väline on viesti aivan konkreettisesti. Internetissä on lukuisia sivustoja, joilla viljellään kaikkea sellaista ainesta, joka on julkisuudesta siivottu pois.

Niin sanotun poliittisen - rodullisen, etnisen, sukupuolisen, uskonnollisen jne. - korrektiuden vaatimukset ovat kaikuneet jo vuosikymmeniä samoin ajattelevien kuuleville ja eri tavoin ajattelevien kuuroille korville. Pahimmillaan kannat ovat lukkiutuneet kaikesta valittavien ja mistään piittaamattomien leireihin, joissa käsitykset pienimmänkin pilan totuudenpuolikkaasta ovat vastakkaiset.

HUUMORI JA VALHE

Kun humoraaliteoria ihmisluonteista ja maailmasuhteista menetti 1700-luvun kuluessa asemansa modernille oppilääketieteelle, huumori jäi monissa eurooppalaisissa kielissä kyllä merkitsemään mielenlaatua, mutta se alkoi myös tarkoittaa sellaista, mikä ei enää pidä paikkaansa, mikä kuuluu luulojen puolelle. Muun muassa näin huumorin käsitehistoriassa on rakentunut ajatus toden ja ei-toden ristiriidasta. Jotkut ovat vetäneet tästä sellaisen väärän johtopäätöksen, että kaikki humoristit olisivat valehtelijoita.

Meidän kulttuurimme tärkeä oppi on, että kukaan ei ole vain sellainen miltä näyttää, ei edes sellainen miltä uskoo, tietää tai sanoo näyttävänsä. Peittämisen ja paljastamisen naamiroleikki on huumorin valossa olemisen ristiriidan tunnustamista ja ”silleen jättämistä”. Arvelen Aarne Kinnusen tarkoittavan osapuilleen samaa, kun hän kirjoittaa: ”erityistä huumorille ei suinkaan ole absurdateetti tai loogiset ristiriidat tai muut lujasti toisiinsa kiinnittyneet dikotomiat, vaan juuri se että ei ole käsitteellistä tai muuta käsitettävää yhteyttä eri komponenttien välillä”. Kaskujen ja vitсий ilmaissukeinoihin suorastaan kuuluu juonellisten aukkojen ja käsitteellisten kuilujen tuottaminen. Tämä voi tapahtua esimerkiksi niin, että kertomuksesta (tai muun muotoisesta esityksestä) jätetään pois jotakin kirjaimellisen ymmärtämisen kannalta olennaista: tilaa jätetään oivallukselle, vastuu siirretään kuulijalle kuten tavataan sanoa.

Huumori asenteena ja komiikka sen käytäntönä palvelevat erinomaisesti liikkumista näkyvän ja ei-näkyvän, ilmaistun ja ei-ilmaistun, sallitun ja

kielletyn välillä. Yhteen kuulumattomia asioita sekoittavalle mielikuvi-
tukselle on ominaista häilyvyys erilaisten vaihtoehtojen ja tulkintojen
välillä; ratkaisua ei tehdä mihinkään suuntaan eikä päämäärään suora-
naisesti pyritä. Näin komiikka ilmentää totutun rajat ylittävää mieliku-
vitusta; humoristiselle asenteelle itsehillinnän ja -kontrollin puute on
eduksi. Tabuja runteleva tulkinta on haastava muun muassa sen takia,
että kansalais- ja kotikasvatuksen ihanteisiin on niin pitkään kuulunut
ja taitaa kuulua vieläkin ihanneyksilö, joka kykenee hillitsemään itsensä
eli olemaan ajatuksissa, sanoissaan ja teoissaan puhdas ja elämään siitä
huolimatta mielenkiintoisen elämän.

KOMIIKKA JA KAMALA

Kokoavan tulkinnan mukaan huumorin, koomisen ja naurun yhdis-
telmä on itsessään kulttuurisesti määräytynyt merkitysmuoto, mielen
ulottuvuus, jota ei voi tyhjentävästi johtaa mistään toisesta ”merki-
tysmaailmasta”. Jonkin asian esittäminen tai näkeminen koomisena,
huvittavana on samalla sen merkityksen tajuamista määrättyllä tavalla.
Hyvä esimerkki koomisen kahtia jakautuneesta kokonaisuudesta on
Charlie Chaplinin kulkurihahmo, jonka asun, liikkeiden ja käytöksen
epäsuhta on naurattanut ja liikuttanut ihmisiä kaikkialla, missä hänen
elokuviaan on esitetty. Juri Lotman kirjoittaa: ”Juuri kaikkein vähiten
sopivissa tilanteissa Charlie käyttäytyy virheettömän herrasmiehen ta-
voin. Seuramiehen piirteet ilmenevät hänessä vain silloin, kun valko-
kankaalle syntyy konteksti, jossa olisi luonnollisempaa käyttäytyä kuin
kulkuri, huijari tai varas.”

Kirjoittaessaan naurumaailman kahtiajakautumisesta Dmitri Lihatšev
puolestaan korostaa sitä, miten nauru paljastaa asiasta sen toisen, sopi-
mattoman puolen: korkeasta alhaisen, henkisestä aineellisen, juhlalli-
sesta arkisen, toivoa herättävästä toivottoman. Kummatkin puolet ovat
samanaikaisesti totta. Niinpä naurumaailma, joka on puolittain totta,
lakkaa olemasta joillekin hauska. Poliitikoista kertovien vitsien ongel-
maksi on sanottu, että usein he tulevat valituiksi.

Kulttuuri-ihminen on ollut kekseliäimmillään toivottaessaan toiselle kaikkea pahaa: äkillistä perikatoa, pitkällisiä kärsimyksiä, häpeällistä loppua, ikuista kadotusta ja kidutusta. Kauhu on vanhastaan ollut uskonnollisen päätöksen uskollisin kumppani. ”Nauru saa moukan hetkeksi unohtamaan pelkonsa. Mutta lakia pidetään voimassa pelolla, jonka oikea nimi on Jumalan pelko,” tietää hurskas Jorge-munkki Umberto Econ kirjassa Ruusun nimi. Ja hän tietää lisäksi, että ”nauru vapauttaa moukan paholaisen pelosta, sillä hullujen juhlassa paholainenkin näyttää köyhältä ja hullulta.. moukka tuntee itsensä isännäksi, koska on kääntänyt ylösalaisin valtasuhteet.”

Varlam Šalamov puolestaan kuvaa kertomuksissaan Kolyman vankileiriltä askeettista iloa sekoittuneena tunteena, jonka lähteenä on toisen onnettomuus ja oma selviäminen. Usein on mainittu, että ihminen psyykkisesti kestää äärimmäisenkin tukalia oloja huumorintajun ja leikkimielen avulla, kuvittelemalla itsensä toisaalle, kehystämällä asiat toisin jne. Mutta usein on myös jätetty mainitsematta, miten huumori vaikeuksien keskellä karaistuu ja millaisia ovat niukkuuden jakamisen leikit. Šalamovin henkilö, minäkertoja on saanut hankituksi itselleen ylimääräisen annoksen leipää ja voita.

Ja samassa joku iski päähäni jollakin painavalla, ja kun siitä toinuin, oli reppu poissa. Kaikki olivat paikoillaan ja tuijottivat minuun pahanilkeisesti. Se oli heille parhaanlaatuista hupia. Tässä tapauksessa se oli kaksinkertainen ilo: ensinnäkin siksi, että jolle kävi kalpaten, ja toiseksi siksi, etten se ollut minä, jolle kävi kalpaten.

Tämä on vahingonilon kirkas kuvaus. Ilkeämielisyys saa meidät iloitsemaan ystäviemme tyhmästä käytöksestä ja vähäisistä onnettomuuksista kuten Platon on esittänyt ja päätellyt lisäksi, että me sekoitamme tämän perusteella tuskan nautintoon: ”pahansuopuus on sielun tuskaa ja nauru nautintoa”. Šalamovin kanta on yksiselitteisempi: ”jos onnettomuudet ja puute yhdistävät ihmiset ja tekevät heistä ystäviä, ei puute olekaan ollut äärimmäinen eikä onnettomuus kovinkaan suuri.” Huu-

mori on kyllä sosiaalisesti yhdistävä tekijä, mutta Šalamov tietää, että todellisessa hädässä ihminen tuntee vain oman ruumiillisen lujautensa, henkisen kestävyytensä ja moraalisen voimansa. Kärsimys huumorintajun edellytyksenä on vanhan elämänfilosofian ylevää retoriikkaa. Pikemminkin sopii ihmetellä sitä, miten huumori mielen ulottuvuutena ja virityksenä voi aktivoitua kaikkien kärsimysten keskellä tai niistä huolimatta (eikä se aina voikaan)?

Palaan vielä foorumin taannoiseen kysymykseen sairastamisen haastavuudesta. Nimittäin kirjailija Matti Mäkelä on vastannut siihen omalla tavallaan viimeiseksi jääneessä kirjassaan. Sen viimeisillä sivuilla hän kertoo kokeilleensa parantumattoman sairautensa hoitoon kiinalaisten käyttämää maarianohdaketta ja huumorihoitoa. Hän on nauranut tilannekomiikalle, sen ytimekkäille kärjistyksille, häpeän läsnäololle ja tolloudelle. Esimerkkeinä Mäkelä mainitsee mm. Melvin Booksin, Jim Carreyn, Uuno Turhapuron ja Kummelin: ”En tiedä, onko huumorihoidon tehosta kliinistä kokeellista näyttöä, mutta ainakin sen sivuvaiikutukset ovat sytostaatteja miellyttävämmät.”

Toisen kirjailijan, Milan Kunderan käsityksen mukaan huumorin välähdykset paljastavat maailman moraalisisen monimielisyydessään. Ja enemmänkin: huumori on kaiken inhimillisen suhteellisuudesta syntyvää juopumusta, outoa iloa, ”joka kumpuaa varmuudesta, että mikään ei ole varmaa.”

Edellä mainittua kirjallisuutta:

Eco, Umberto 1983, Ruusun nimi. WSOY. Porvoo - Helsinki - Juva.

Kinnunen, Aarne 1994, Huumorin ja koomisen keskeneräinen kysymys. WSOY. Porvoo - Helsinki - Juva.

Kundera, Milan 2001, Petetyt testamentit. WSOY. Helsinki.

Lihatšev, Dmitri 1994, Johdatus nauruun. Reunamerkintöjä venäläisyydestä. Pietari-säätiön julkaisuja 1. Pieksämäki.

Lotman, Juri 1989, Merkkien maailma. Kirjoitelmia semiotiikasta. SN-kirjat OY. Helsinki.

Mäkelä, Matti 2019, Pitelemätön. Matti Mäkelän muistelmat. Siltala. Helsinki.

Šalamov, Varlam 1991, Kolyman kertomuksia. Oriente express - Raduga. Moskova.



20. EETTINEN ORGANISAATIO- KULTTUURI NÄKYY TYÖPAIKALLA JOKAPÄIVÄISISSÄ VALINNOISSAMME

Maiju Kangas

Organisaatiokulttuuri on keskeinen osa työyhteisöjä, ja on selkeässä roolissa toistaessamme tiettyjä toimintatapoja, seurataksamme sääntöjä ja keskustellessamme työkavereiden kanssa. Hitaasti muuttuva ja kokonaisvaltainen yrityksen kulttuuri vaikuttaa esimerkiksi tiimin työilmapiiriin ja keskustelukulttuuriin, sosiaalistaen myös uudet tulokkaat samaan toimintamalliin. Moni on työpaikkaa vaihtaessaan huomannut, miten erilaisia tapoja eri organisaatioissa on työskennellä ja viestiä asioista. Joskus uusi tulokas saattaa selvemmin nähdä vanhat toistetut, mutta ehkä jo toimimattomat tavat – tai sen miten toimintatapaa voisi muuttaa.

Monelle on ehkä tuttu psykologian alan klassikkoesimerkki kokeesta ”viisi apinaa ja banaani”. Vaikka todellisuudessa tällaista koetta ei ole tarinan kertomalla tavalla toteutettu, ajatussisältö siinä on silti kiehtova. Tarinan viisi apinaa ovat häkissä, jonka keskellä katosta roikkuu banaani. Yritteliäitä apinoita rangaistaan vesisuihkulla aina, kun ne yrittävät kurotella kohti banaania. Lopulta tällaisen ehdollistamisen jatkuttua aikansa yksikään apinoista ei enää uskalla yrittää. Tämän jälkeen apinat vaihdetaan yksi kerrallaan uusiin niin, että lopulta häkissä on viisi apinaa, joista kukaan ei ole kokenut alkuperäistä rangaistusta – mutta joista kukaan ei myöskään tohdi yrittää tarttua banaaniin, koska on oppinut muilta, että niin ei saa (syystä tai toisesta) tehdä. Tällä tavalla uusi tulokas sosiaalistuu ryhmään. Toki samankaltainen oppiminen tapahtuu myös hyvän vahvistamisessa, ja itse asiassa edellisen tarinan inspiroimassa alkuperäistutkimuksessa havaittiin, että jois-

sakin tapauksissa uusi tulokas pystyi *opettamaan rohkealla toiminnallaan* rankaisun kokeneille apinoille, että vesisuihkua ei enää tule vaikka banaania lähtisikin tavoittelemaan. Apinat eivät siis ole – emmekä ehkä me ihmisetkään – tuomittuja tekemään niin kuin on aina tehty. Meillä on mahdollisuus ajatella ja valita toisin.

Eettinen organisaatiokulttuuri tarkoittaa työyhteisön kirjoittamattomia sääntöjä ja uskomuksia siitä, mitä pidetään oikeana ja mitä vääränä - mitä on sallittua tehdä ja mitä ei. Eettinen kulttuuri myös tarjoaa organisaation jäsenille arvopohjan ja sanattoman viestin siitä, millä tavoin organisaatiossa toimitaan. Eettisyyden vaaliminen voi ilmetä monin tavoin: esimerkiksi se voi näkyä johtajien esimerkillisissä toimintatavoissa, avoimessa ja läpinäkyvässä keskustelukulttuurissa, tai siinä, että epäeettistä toimintaa ei katsota läpi sormien ja että hyvistä ja oikeudenmukaisesta toimintatavasta palkitaan.

Vaikka johdolla on selkeä merkitys hyvien toimintatapojen edistäjänä ja alulle panijana, on kuitenkin selvää, että myös tiimeissä voidaan tehdä paljon eettisyyden edistämiseksi. Arkipäivän valinnoillamme, jokapäiväisillä pienillä teoilla, voi olla pitkällä tähtäimellä suuriakin seurauksia. Uutta toimintatapaa täytyy vain jaksaa sinnikkäästi toteuttaa, mieluusti useamman viikon ajan. Jos työkaveri onnistuu toimimaan työssään inhimillisesti ja kommunikoidaan läpinäkyvästi, häntä voi siitä kiittää. Se paitsi lisää omaa onnellisuutta, myös pienin askelin vahvistaa hyvien toimintatapojen positiivista kehää työyhteisössä. On hyvä muistaa, että uuden tavan muodostumiseen menee noin kuukausi. Älä siis lannistu!

Organisaatiokulttuurin eettisyys on kannattavaa paitsi yksilön hyvinvoinnin ja sitoutuvuuden kannalta, myös organisaation menestyksen edistäjänä. Arvot linjaavat päätöksentekoa, auttavat suunnistamaan ristiriitaisissa ongelmanratkaisutilanteissa ja siten kannustavat hyviin toimintatapoihin ja estävät epäeettistä käyttäytymistä. Vahvan eettisen kulttuurin on havaittu muun muassa lisäävän innovatiivisuutta orga-

nisaatiossa ja olevan yhteydessä työn imuun sekä vähäisempään työuupumukseen. Aina eettisten kysymysten ristiaallokossa suunnistaminen ei ole helppoa, eikä yksiselitteisiä vastauksia moniin pulmatilanteisiin ole olemassa. On kuitenkin tärkeää harjoitella vaikeisiin tilanteisiin pysähtymistä, niistä keskustelua, kokemusten jakamista ja yhdessä oppimista. Näin voidaan vähitellen oppia yhdessä tiimin kanssa ja löytää keskustelun avulla monipuolisempia vastauksia tilanteisiin, joihin yksiselitteistä oikeaa vastausta ei ehkä ole olemassa.

Eettisten käytänteiden on havaittu edistävän työtyytyväisyyttä ja työpaikkaan sitoutuneisuutta sekä vähentävän sairauspoissaoloja. Voimme myös melko varmasti olettaa, että tiimin hyvinvointi näkyy vahvasti myös asiakastyössä, ja että keskusteleavassa, tukea antavassa tiimissä on myös enemmän voimavaroja kohdata eettisiä pulmia työssä sekä ratkoa vastaan tulevia ongelmia inhimillisesti ja toisia kunnioittaen. Erityisesti sosiaali- ja terveysalalla eettiset toimintatavat nousevat keskiöön jo työn luonteen vuoksi, ja siksi niistä tulisi puhua paljon enemmän. Onnistumisten lisäksi myös epäonnistumisia ja mokia täytyisi voida turvallisesti jakaa tiimiläisten kesken, jotta niistä voitaisiin oppia yhdessä. Usein ryhmän tuottama ratkaisu on toimivampi ja monipuolisempi kuin yhdenkään yksilön oma keksintö, ja erityisesti potilastyössä yhdessä tuotettu ratkaisu voi myös helpottaa yksilön päätöksentekoa ja vähentää vaikean tilanteen tuottamaa kuormittuneisuutta.

21. ARVOPÄIVÄ

Maarit Hamunen

"Työn tulee tuottaa arvoa asiakkaalle", oli viimeviikkoisen esimiesvalmennuksen kouluttajan ensimmäinen teesi. Paikalla oli salillinen avovastaanottopalveluiden ja kuntoutuksen väkeä. *"Onneksi täällä puhutaan myös potilaista",* huokaisi heti perään yksi osallistujista. Keskille ymmärrettävistä käsitteistä on lähdettävä liikkeelle, ajattelin. Mielessäni vilahti mielikuva sosiaali- ja terveyspalvelujen valintatallissa valinnanvapautta käyttävästä, itseohjautuvasta asiakkaasta. Ja toisena todellisuutena viivähti näky vain toiminnan kohteena olevasta palveluobjektista. Voisiko ensin mainittu, oman palvelunsa ja paikkansa määrittävä asiakassubjekti, olla tavoiteltava tulevaisuuskuvamme? Tämä koulutuspäivä vahvisti monen meidän aiempaa käsitystämme: osin kyllä ja osin (onneksi) ei.

"Mistä tiedämme että tuotamme asiakasarvoa?", heitti kouluttajamme perään. *"Kysykää potilailtanne",* hän rohkaisi. Kun asiakas tai potilas ottaa yhteyttä, hän kaipaa ongelmaansa tai huoleensa ratkaisua. Häntä ei tulisi lähettää viikoiksi, tai jopa kuukausiksi, pyörimään flipperipallona eri sektoreidemme, ammattikuntahierarkioidemme ja erillisten asiakas- ja hoitosuunnitelmiemme pelipöydälle. Missä luuraa luvattu integraatio? Mikä voikaan olla raskaampaa kuin läpikäydä lukemattomille eri toimijoille sitä, mihin ja miksi kokee tarvitsevansa apua. *"Voimmeko sitten tehdä aina niin kuin asiakas tai potilas haluaa? Ei voida",* kouluttaja vastaa jämäkästi. Se ei olisi varmaankaan tasapuolista eikä yhteiskunnallista arvoa tuottavaa.

Palvelutarpeen arvioija, sosiaali- ja terveydenhuollon toimija, tekee omasta roolistaan käsin jatkuvia ammatillisia ja eettisiä valintoja. Hän joutuu pohtimaan eri osapuolten näkemyksiä itse arviointitehtä-

västä, kohteesta, käytettävistä arviointimenetelmistä ja mahdollisista valinnoista. ”Onko tämä kiireellistä vai kiireetöntä hoitoa, hoitaako tätä perus- vai erikoissairaanhoidon, sosiaali- vai terveyspalvelut vai ns. joku muu?”, ammattilainen arpoo. Yhteydenottoja seulova hoitokoordinaattori tai lähetettävä arvottava lääkäri on monesti eri tahojen, ja välillä oman minänsäkin tuottamassa ristipaineessa. Entä mitä lukuarvoa osoittaa oman yksikön sisäänpääsynopeutta osoittavat mittarit? Toteutuuko hoitolupaus, valittaako kohta avainasiakas vai AVI? Tuijotetaan-ko mittareina käyntimääriä, potilaan läsnäoloaikoja ja hoitojaksoja? Vai saisimmeko jo näkyväksi tuotettua terveyttä ja toimintakykyä? Potilaan uskomus omasta kuntoutumisestaan on osoittautunut toimivaksi mittariksi. Ja työntekijänkin hyvinvoinnilla tehdään tulosta.

”Asiakasta ei tosin kiinnosta meidän mittarimme. Hän itse osaa parhaiten arvioida onko hänen avuntarpeensa kiireellinen vai kiireetön, mikä on sopiva vastaanottoaika ja kohdattiinko hänet kunnioittavasti ja lähtikö vaiva”, kouluttajamme lakonisoi. Valitettavasti helppokäyttöistä ja kattavaa asiakaspalautemenetelmää ei Siun sote, kuten ei juuri muutaakaan julkiset toimijat, ole vielä keksineet. Potilaan ohella sote-toimijalla, palvelun järjestäjällä ja maksajalla on omat preferenssinsä. Lakeja ja asetuksia on meidän noudatettava. ”Potilas haluaa tulla erityisesti kuulluksi. Ja monasti hyvässä yhteishengessä ja vuoropuhelun kautta oikea auttamis- ja hoitolinja on löydettävissä”, jatkaa valmentajamme. Tavoiteltava työtapo voisi olla ”kerralla kuntoon”. Jos potilaan asian hoitaminen ei ole mahdollista tässä ja nyt, työtehtävää ei tulisi vain pompauttaa toiselle toimijalle tai jonoon (= asiakasvarastoon). Voisinko konsultoida toista osaaajaa, tai varata potilaalle seurantaikäynnin tai puhelinkontaktin vielä itselleni? - Sujuvaa ja turvallista! Molemmat palveluntuottamisen osapuolet ovat perillä mitä hoitoprosessissa oli tätä ennen ja mitä on luvassa jatkossa. Tämän lisäksi kouluttajamme uskalsi ehdottaa vielä radikaalimpaa: ”Voisitteko tulla ulos omista kammareistanne ja pitää yhteisvastaanottoa potilaan tilanne ja tarve huomioiden? Olisiko mahdollista tehdä arviota ja asiakas- ja hoitosuunnitelmaa monialaisessa ja moniammatillisessa resurssitiimissä,

jo heti ensikäynnistä lähtien? Ette tarvitse tähän uusia tiloja tai hienoja välineitä. Voisitteko unohtaa allakan aikatyyppit ja pitkänajan kalenteroinnit? - Totta vai tarua? ”, hän kysyi lukien hämmästyttämme.

Saimme todeta esiteltyjen case-tapausten kautta, että tämänsuuntainen toimintakulttuurin muutos on todellakin ollut mahdollista! Piloteiksi olivat uskaltautuneet useat terveydenhuollon vastaanottopalvelujen perustason toimipisteet innostuneine vetäjiineen. Löydetty uudenlainen asiakasarvo oli tyydyttänyt sekä potilaita että hoitajia. Helppoa kehittämistyö ei kuitenkaan ollut ollut. Monista kuvatuista flowkokemuksista huolimatta uudistushankkeiden rajat oli ollut pakko aika ajoin muistaa, ja osin hyväksyäkin. Kuulimme, että mikään yksittäinen uudistus ei sinänsä takaa menestystä. Ja helposti voimme syyllistyä itselle ja toisille luotuihin ylisuuriin odotuksiin ja lupauksiin. Ja ehkä ei muisteta, että uutta palvelujärjestelmää rakennettaessa on kyse myös syvällisistä psyykkisistä ja sosiaalista ilmiöistä, hyvin abstrakteista kokonaisuuksista ja sosiaalisesta pääomasta. - Olisiko tähänkin puoleen vielä erikseen panostettava, pohdin.

Entinen toimintakulttuurimme elää helposti vielä pitkään tietoina, taitoina ja kokemuksina; joskus tuntuu, että ihan seiniin imeytyneinä. Innostuneita uudistajia voidaan pitää ”uuteen uskoon” höyrähtäneinä, jotka putoavat ennemmin tai myöhemmin arkirealismiin. Johtotason ja muiden helposti katveeseen jäävien, mutta merkittävien tahojen, sitouttamista ei tulisi unohtaa. Keskeinen oppi oli myös, että mikään muutos ei tapahdu ilman ruohonjuuritason henkilöstön sitoutumista ja panosta. Saimme listan sovittavista stepeistä ja toimenpiteistä: 1) määritä, mikä on mitattava, haastava ongelma - ongelmia tulee rakastaa! 2) pohdi, miten ongelmaa voisi alkaa ratkaista, pienikin askel on askel eteenpäin, 3) päättää, mitä tehdään ensiksi ja kuka sen tekee, 4) sovi, miten ja milloin etenemistä mitataan ja seurataan 5) ryhdy työhön; kädet kyllä kastuvat varmasti! Moni meistä koulutettavista oli nähnyt tai kuullut seinälakanoista ja ns. taulupalaverista. *Eikö niillä ole edes tuoleja?* Selitys tähän menettelyyn on, että kuva kertoo enemmän

kuin sanat. Pöydät voivat kangistaa ja korostaa (istuma-)hierarkioita. Siksi on syytä kuvittaa kehittämisprosessi ja kuvata ja merkata myös sen etenemistä. Jos ottaisimme vielä mukaan repun kärsivällisyyttä; kärsimätöntä kun vaanii varma pettymys; kuulimme että toimintakulttuurin juurruttaminen voi viedä jopa vuosia.

”Entä mitä esitelty toimintamalli edellyttää meiltä sote-esimiehiltä”, tohdin kysyä. ”Nöyryyttä, arvon antamista niille keille se kuuluu, henkilöstön kuulemista, kysymistä kontrollin sijaan, edestä esimerkillä johtamista ja johdettavan joukon keskellä käyntiä. Kuljeksi ja havainnoi aika ajoin arkityötä! Ja jos huomaat, että jokin ei toimi, ole osa ratkaisua, äläkä ulkoisista. Kirjaa havaitsemiasi tai kuulemiasi ongelmia, ja palaa niihin seuraavassa tiimissä. Älä johda etänä ja sähköpostilla, vaan kohtaa kasvokkain”. Tässä kohtaa moni lähiesimies salissamme parahti: *”Miten ehdin tähän kaikkeen, kun reviiirinä on koko maakunta ja vielä eri alojen toimijat?”* Vastaus oli: *”On etsittävä paras mahdollinen tapa”.* Mieleeni lennähti määritteet riittävän hyvästä esimiehestä, mistä ajatus polveili käsitteeseen hyvästä ihmisestä. Nyt täytyy jo rajata! Nyt ei ole aikaa upota hyve-etikkaan asti, mikä on niin hankalasti määrittyvääkin. Ei kai hyveellisyys ole jo pois muodistakin, kun siitä ei nyt juuri puhuta? Kouluttaja keskeytti pohdintani, ja reilusti totesi rajallisuutemme: kaikista ei ole valitettavasti kaikkeen, kuten tiiviiseen tiimityöhön. Muistin samalla, että palkittu emeritusprofessorimme korosti vasta ujojen ihmisten tärkeää ominaislaatuja: tehokkuutta, hiljaista luotettavuutta ja ykkösketjun paikkaa monesti tilaa ottavien ekstroverttien joukossa. Tämä viesti on ollut balsamia omaa arkuuttaan työyhteisössään poteville, mutta samalla monella tapaa osaaville, työnohjattavilleni.

Vaikka jo hieman väsytti, kouluttaja jatkoi julistamalla keskeistä LEAN-ideologiaa: *”Muutoksen läpivienti vaatii onnistuakseen yhteisen tavoitteen, yhdessä synnytetyn POHJANTÄHDEN. Sen tuleeikin tehdä kipeää, ja välisteppejä, osatoteumia, on syytä yhdessä juhlia! Valitun kehittämispolun haasteellisuus pitää vain sopivaa jännitettä ja onnistumisen nälkää yllä. Ja jos matkan varrella homma alkaa tuntua liian helpolta, tai jos*

valittu suunta osoittautuu vääräksi, on tähtitavoitetta vain asemoitava uudelleen. - Niinhän urheilijatkin tekevät”. Hopea ei riitä kaikille.

Sote-alalla toimivina olemme saaneet monesti tuta, että aina ei ole mahdollista toimia yhteisesti hyväksytyjen arvojen ja eettisten periaatteiden mukaan. Pohjantähti tuntuu valaisevan väliin himmeänä. Joskus tuntuu olevan vain huonoja vaihtoehtoja valittavana. - Koemme eettistä ristiriitaa. Kun työtä tehdään kiinteätä tai tulospalkkioita vastaan, mitä se kysyy ammattietiikaltamme? Keskustelu julkisten palvelujen niukoista ”porkkanoista”, hyvästä työstä, mielekkään työn ja elämänsisällön arvoista sinänsä, (henkilöstö-) säästöpainesta, kiristyivistä tulostavoitteista ja valinnanvapaudesta, tunki mieleeni. Sekä taloudelliset että poliittiset paineet ja intressit ovat palvelujen arvottamisessa ja osoittamisessa pakostakin läsnä. Onko meillä palvelutarpeen arvioinnin tekijöinä riittävästi autonomiaa nyt ja tulevaisuudessa? Mielessäni vilistää oman ammattialani, psykologian, ammattieettiset ohjeet ja työyksikköni, aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen, hoitopolut ja moninainen ja vaativa asiakaskuntamme. Organisaation velvoitteet ja arvolinjaukset kuuluvat kaikuna strategiastamme: palvelujen tavoitettavuus, yhdenvertaisuus ja niin edelleen .. Ja sitten en voinut ohittaa mieleeni tullutta ja yhtä tärkeintä ja rikkumatonta, meidän jokaisen ihmisarvoa. Saavatko julkista palvelua eniten ne ihmiset, jotka sitä eniten tarvitsevat? Pitkien välimatkojen alueella digitaaliset palvelut voivat tulla osin avuksi, mutta tekniikka ei voi suoda kaikkia niitä merkityksiä, joita vain kasvokkain kohtaamisessa syntyy.

Tässä kuvaamani koulutuspäivän jälkeen teki mieli etsiä arvioinnin yhteydessä käytettyjä määrittelyjä ja eettisiä periaatteita. Löysin toimiviksi todetuiksi mm. seuraavat: järjestelmällisyys, pätevyys, rehellisyys, ihmisten kunnioittaminen ja yhteiskunnallinen vastuu. Huomasin, että arvot ja eettiset periaatteet liittyvät arviointiin monella ja kiinteällä tapaa. Arviointi on pohjimmiltaan arvon ja merkityksen liittämistä arvioitavaan kohteeseen. Yhteiskunnallisia tehtäviä, kuten sosiaali- ja terveydenhuoltoamme, raamitetaan ja arvotetaan pitkälti lainsäädän-

nön ja määrärahojen osoittamisen muodossa. Ja siitä viitekehuksesta muotoutuvat – monesti vielä harmillisen epätasa-arvoistavat – paikalliset käytännöt.

En voinut olla törmäämättä myös laajalti viljeltyyn vaikuttavuustermiin arvojen tutkimusmatkallani. Mitä se tarkemmin tarkoittaa? ”Vaikuttavuudella tarkoitetaan esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteiden kykyä tyydyttää inhimillisiä tarpeita. Vaikuttavuuskäsite viittaa toimenpiteiden tavoiteltuihin seurauksiin. Vaikutukset ovat taloudellissosiaalisia muutoksia, jotka seuraavat tuotoksista. Arvioinnin kannalta kiinnostavia vaikutuksia ovat ne, joita toimenpiteillä tavoitellaan. Vaikutukset voivat olla välittömiä tai pitkän tähtäimen vaikutuksia. Hyväksyttyjä periaatteita ja arvoja löytyi lukuisia, ja siksi on perusteltua ottaa huomioon arviointiin liittyviä periaatteita ja arvoja mahdollisimman laajasti. Palvelujen toimivuutta arvioitaessa palvelujen käyttäjien arviot tulisi pitää ytimessä”. Tämä lukemani sai minut kysymään, onko kaikki, mitä nyt teemme töissämme tarpeellista ja vaikuttavaa? Entä ovatko valitsemamme tai meille annetut arviointimittarimme relevantteja? Arvot ja periaatteet ohjaavat myös itse arvioinnin tekemistä. Onko syytä tutkia edelleen käyntimääriämme, palvelumme kestoajoja, jonotusaikoja, vai tulisiko huomio kääntää siihen, minkä verran näemme tuotettua terveyttä ja toimintakykyä? Entä parantunutta elämänlaatua ja tyytyväisyyttä?

Koulutuspäivästä tuli minulle arvoa tuottavaa. Rehellisesti todeten ensin epäroin, että mitä arvoa terveyspalvelut ovat saaneet alun perin autotehtaan kehittämismenetelmistä. Muistin työpsykologian luennoilta, että taylorismi tarvitsi tuekseen ihmissuhdekoulukunnan, kun olemme myös sosiaalisia eläimiä tehokkaiden (ja kelloitetujen liikkeiden) lisäksi. Onko tämä vain tuottavuudentehostamista? Soveltuvatko saatavat opit ja ohjeet vuorovaikutukseen painottuvaan palveluun? Huomasin, että voinakin allekirjoittaa monet LEAN-menetelmän yllä kuvatuista arvoista. Itse toteutus tuntui haastavalta. Tämä arvopäivä sai minut ja meidät joka tapauksessa arvioimaan ja ajattelemaan yhdessä. Missä

olemme nyt ja minne haluamme suunnata? Pohjantähtemme aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa voisi olla jonotusajaksi 0 päivää ja palveluntarpeen lasku. Voisiko hyvin saatavilla oleva, laadukas ja maa-kunnallinen hoidontarpeenarvio olla jo esikäynti, josta tarvittava jatko-selvittely, hoito ja kuntoutus alkaa heti rullata? Yksi lasten ja nuorten parissa toimiva osallistuja lupasi jo edistää tavoitettamme omalla, eh-käisevän työn sarallaan. Yhden perheenjäsenen auttaminen voi auttaa kaikkia. Verkostossa on voimaa! Koetin lopuksi koota ajatuksiani ja saamiamme ohjenuoria. Hävittäkäämme hukkaa - odotusta, jonotusta, kasoja, tietokatkoja ja toimimattomia käytänteitä. Suunnatkaamme yhdessä sovittua pohjantähteämme kohti!



22. LÄSNÄOLON KOKEMUKSET YHDISTÄVÄT IHMISIÄ JA LISÄÄVÄT ORGANISAATIOIDEN LUOVUUTTA

Virpi Koskela

Mitä jos alkaisimme kiinnittää enemmän huomiota kykyymme olla läsnä? Mitä jos sitä kautta syventäisimme yhteyttämme sekä itseemme että itsemme ulkopuoliseen maailmaan? Mitä jos oppisimme aidosti läsnäoloomme liittyvistä haasteista? Kun tulemme tietoisiksi läsnäolotamme – tai sen puutteesta – on mahdollista muuttaa kohtaamistemme laatua. Siihen vaaditaan aikaa, tilaa ja erilaisia, rohkeitakin kokeiluja.

Virpi Koskelan Lappeenrannan teknilliseen yliopistoon (innovaatiojärjestelmät) vuonna 2018 valmistunut filosofian tohtorin väitöskirja *Tapping experiences of presence to connect people and organizational creativity* keskittyy tutkimaan yksilöllisten läsnäolon kokemusten suhdetta organisaatioiden luovuuteen. Monitieteellinen tutkimus kuvaa läsnäolokokemusten pääteemoja ja -sisältöjä, niiden yhteyksiä luovuuteen sekä ns. autenttiseen johtajuuteen. Tutkimuksen mukaan läsnäolon kokemusta tarvitaan, jos ja kun halutaan muuttaa olemassa olevaa ajattelua ja toimintaa vastaamaan ns. ilkeisiin ongelmiin (*wicked problems*) ja globaaleihin haasteisiin.

Tutkimusaineisto koostuu eri-ikäisten ja erilaisissa ammateissa tai asemassa toimivien ihmisten yksittäisistä läsnäolon kuvauksista, haastattelusta ja osallistavissa työpajoissa kerätystä kokemuksista. Mukana on ollut satoja ihmisiä ympäri Suomea. Työpajoissa on käytetty apuna erilaisia soveltavan taiteen ja hiljentymisen menetelmiä.

Käytäntölähtöisen, laadullisen ja monitieteellisen tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että läsnäolon kokemukset lisäävät osallistujien kykyä

tulla tietoisemmiksi yhteyksistään itseen, toisiin ihmisiin ja ympäristöön – asioihin, jotka ovat organisaatioiden luovuuden olennaisia osia. Näitä ovat mm. dialogisuus, taito vaihtaa näkökulmaa ja yhteisöllinen kokemusten jakaminen (*yhteinen jakamisen tila*). Yhteisessä jakamisen tilassa tärkeää on, että ihmiset voivat kyseenalaistaa esim. työnsä toimimattomia systeemejä ja kehittää yhdessä tilalle parempia – käytännön kokemuksen avulla. Yhteinen jakamisen tila voi luoda mahdollisuuksia tarvittaville muutoksille organisatoristen, yhteisöllisten, globaalien tai planetaaristen haasteiden keskellä, koska se synnyttää luovuutta.

Suomalaisesta, usein kovasti suorittavasta työelämästä puuttuu samanarvoisuuteen perustuvia jakamisen tiloja, kokemuksen jakamisen ja ymmärtämisen lisäämisen 'keitaita'. Niiden avulla voitaisiin säästää suuri määrä resursseja sekä hyödyntää työntekijöiden hiljaista tietoa, (oman työkokemuksen) asiantuntijuutta työn kehittämisessä ja innovoinnissa. Samalla luotaisiin työyhteisölle yhteisöllisyyden, samanarvoisen kuulemisen, kuuntelemisen, ymmärtämisen/empatian, merkityksellisyyden ja oivaltamisen paikkoja. Yhteisen jakamisen tilat vahvistavat työssä tapahtuvia merkityksellisyyden kokemuksia – sekä motivaatiota, sitoutumista ja laatua. Ne mahdollistuvat parhaimmillaan kuitenkin vasta kiireettömyydessä ja tyyneydessä, tiloissa, joita nyky-yhteiskunnassa on vaikea löytää. Yhteisön jäsenten läsnäolo näyttäytyy usein eräänlaisena suorittamisen vastakohtana, mikä on paradoksaalista työelämän tehostumisen keskellä.

Läsnäolon hiljaisen tiedon kokemuksista oppiminen ei ole mekanistinen, digitaalinen taito, vaan elävä kehollinen kokemus, joka liittyy mielen hiljentämiseen, kuuntelemiseen, tietoiseen havainnointiin, vastaanottamiseen, hyväksymiseen ja jakamiseen. Epävarmoina aikoina läsnäolon kokemus opettaa meitä yhdistymään niin 'sisäiseen' kuin 'ulkoiseen luontoomme' – ja samalla se auttaa meitä ns. egosysteemisestä ajattelusta ekosysteemiseen ajatteluun, oma etu edellä -ajattelusta yhteiseen hyvään. Tove Janssonin kirjoittaman *Taikatalven* Tuutikin sanoin: *kaikki on hyvin epävarmaa, ja juuri se tekee minut levolliseksi.*

Väitöskirja on julkaistu yliopiston Acta Universitatis Lappeenrantaensis -tutkimussarjassa numerolla 808. Väitöskirja on luettavissa Lappeenrannan teknillisen yliopiston LUTPub-julkaisuarkistossa.



23. MUUTOKSEN TARVE JA TAVOITE

Martti Kekomäki

Viimeksi eletyt pari vuosikymmentä näyttävät vaikuttaneen monella tavalla rakentamiimme yhteiskuntiin. Pari globaalista taantumaa on jo hävittänyt uskon loputtomaan talouskasvuun. Samalla kasvava kulutus on alkanut herätellä maailmaa näkemään kasvun ennakoitavissa olleet ulkoisvaikutukset: pilaamme omaa elinympäristöämme ennennäkemättömän monella, nopealla ja vaikeasti korjattavalla tavalla.

Samat muutokset koskettavat vain pienellä viiveellä pohjoiseurooppalaisia demokratioita, joita sanotaan myös hyvinvointivaltioiksi. Väestörakenteen muutos kasvattaa huollettavien absoluuttista ja suhteellista määrää samalla kun työikäisten lukumäärä pienenee. Eri syistä nopeasti pienentyneet syntyvyysluvut eivät anna toivoa suuresta muutoksesta, vaikka sodanjälkeiset suuret ikäluokat väistyvät seuraavan vuosikymmenen aikana joukostamme. Voimistuva työperäisenkin maahanmuuton poliittinen torjuminen takaa sen, ettei auttavia käsiä riitä edes nykyisiin palvelumalleihin. Niukalla voimavaralla, myös auttavilla käsillä, on lisäksi taipumus muuttua kalliimmaksi. Hyvinvointipalveluiden rahoituksen syöksyvä kierre on näin jo nyt näkössä.

Onko kuvaus pessimistinen vai realistinen? En tiedä. Kun selviin pulmiin törmätään, on usein todettu viisaaksi peruuttaa vähän, varmistaa oma sijainti ja tarkistaa suunta. Näinhän toimitaan iltarasteillakin. Hyvinvointi-Suomessa on siis kysyttävä, 1) mitkä ovat toimintaa ohjaavat arvot, 2) voidaanko tarpeen ja tarjonnan suhteisiin vaikuttaa ja 3) voidaanko palvelutarjontaa muokata muuttuneessa tilanteessa?

KANSALAISTEN YHDENVERTAISUUS

Ehkä jotakuta hämmästyttää, että nopeasti maallistuneissa Pohjoismaissa evankeliumien opetukset vähimmistä veljistä ja lesken rovosta,

yleisellä humanismilla ryödytettynä, ohjaavat yhteiskunnan toimintaa voimakkaammin kuin monissa sellaisista maista, joissa uskonnoilla kaikkine rituaaleineen on näkyvämpi asema. Sosiaalinen turvaverkkomme on Hyvän Paimenen maallinen muoto ja tuhlaajapojallekin annamme uuden mahdollisuuden.

Perustuslakimme antaa vahvan tuen sekä kansalaisten yhdenvertaisuuden ajatukselle että julkiselle vallalle hyvinvointipalveluiden vastuutahona. Avainammattiryhmien eettiset normistot korostavat niin ikään sekä kansalaisten itsemääräämisoikeutta että heidän keskinäistä yhdenvertaisuuttaan. Eettiset periaatteet, autettavan autonomia, autettavien yhdenvertaisuus, hyvän tekeminen ja vahingon tekemisen välttäminen ovat kestäneet vuosisatoja ja kestävät edelleenkin. – Perusarvomme eivät ole muuttuneet.

NIUKKUUS JA ELINTAVAT

Entä sitten tarpeen ja tarjonnan välinen, selvästi laajentuva kuilu? Ehkä yllättävää, mutta ekonomisesti tulkittuna termi niukkuus pahenee bruttokansantuotteen kasvun aikanakin. Niukkuus ei tarkoita talousopissa puutetta kaikesta, vaan valinnan pakkoa muuttumattomien voimavarojen käyttömahdollisuuksien laajetessa. Suurin yksittäinen niukkuutta pahentava tekijä on hoitoteknologian nopea muutos. Viimeksi kuluneet viisi vuosikymmentä ovat lisänneet hoitopalettiimme muun muassa sydämen ja aivojen verenkiertohäiriöiden hoidon, vaikuttavan tekonivelkirurgian, nivelreuman ja psykiatrian tehokkaan lääkehoidon ja kymmenet uudet ja yhä tarkemmat syöpälääkkeet. Muutokselle ei ole nähtävissä mitään loppua. Vain harvalle sairaudelle on silti edes suunnittelupöydillä tarjolla rokotusten kaltaisia äärimmäisen kustannusvaikuttavia hoito- ja torjuntastrategioita. Niukkuus siis pahenee, teimmepä mitä tahansa.

Mutta tarpeen ja tarjonnan kuilua laajentavat valitettavasti myös omat elintapamme. Riittämätön päivittäinen liikunta, ravinnon runsaus ja sen epäterve koostumus, mieltymyksemme ns. nautintoaineiden tuot-

tamiin vale-elämyksiin ja heikentyvä kykymme hoidella omia ihmis-suhteitamme heijastuvat karulla tavalla sekä hoidon että hoivan kokonaiskustannuksiin. Tämä ei ole mikään moraalisaarna: kulutamme selvästi yli puolet sektorin kaikista voimavaroista omituisten tottumus-temme seurausten paikkailuun.

Paikkailuun, ei parantamiseen. Emme paranna, koska emme osaa. Suurin osa lääkityspäätöksistämme on elinikäisiä juuri sen vuoksi, että kyllä hoidamme mutta emme paranna. Jospa osaisimmekin parantaa krooniset kansansairautemme, ei meillä olisi nykyisenkaltaista niukkuutta-kaan. Tarpeen ja tarjonnan suhdetta voisimme muuttaa voimakkaimmin auttamalla lähimmäisiämme heidän jokapäiväisissä valinnoissaan. Väestön painoindeksien edelleen jatkuva ylämäki osoittaa, ettei tämä tehtävä ole todellakaan helppo. Onneksi meillä on vielä käyttämättö-miäkin keinoja.

JÄRJESTELMÄN TUOTOS ON ARJESSA PÄRJÄÄMISTÄ

Sama logiikka pakottaa meidät pohtimaan, mitä oikeastaan yritäm-me järjestelmässämme tuottaa. On helppoa puhua ”palvelualasta”. Suuria leikkauksia tai elinikäistä lääkehoitoa koskevissa päätöksissä ei enää käsitelläkään jotain hyödykettä, joka ”kulutetaan sen tuottamisen yhteydessä ja jota ei voida varastoida”, kuten palvelut taloustieteessä määritellään. Kysymys on pysyvästi niukkojen yhteisten voimavarojen käyttämisestä lähimmäisemme elämän laadun parantamiseen ja elin-päivien määrän kartuttamiseen. Hoitavan järjestelmän tuote on yksilön parempi ajallinen ja laadullinen pärjääminen hänen omassa arjessaan. Viimeaikainen kansainvälinen kehitys tukee tätä ajattelumallia hyvin vahvasti. Termi ”value-based health care” korostaa kaikessa sitä, että koko toiminnan on tuotettava mitattavaa arvoa hoidon kohteelle. Ky-symys ei ole mukavien, mutta nopeasti haihtuvien hoitokokemusten tuottamisesta vaan elämän laadullisesta, mieluummin pitkäaikaisesta parantamisesta. Tuntuva osa tuotetusta hoidosta ei itse asiassa muuta hoidettavan elinajan ennustetta, minkä takia juuri laadun moniulottei-

seen mittaukseen on luotava kattava, ajantasainen ja mahdollisimman automaattinen tietojärjestelmä.

Oman maan palvelujärjestelmä on syntynyt kunnallisen itsehallintojärjestelmän ja sen eri sovellusten suojassa. Järjestelmän tuotanto, rahoitus ja ohjaus ovat kuuluneet perinteisesti paikalliselle demokraattiselle elimelle.

Muutaman viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana nykymalliin liittyvät toiminnalliset pulmat ovat alkaneet kärjistyä. Peruspalveluita tuottava kunta on jäänyt kuntayhtymien tuottaman erikoissairaanhoidon puristukseen, voimattomaksi maksumieheksi. Säästötoimenpiteet on kohdistettu siihen ainoaan sektoriin, joka on jäänyt kunnan päättävältään eli juuri peruspalveluihin. Hoitoon pääsyn hidastuminen on saanut työmarkkinaosapuolet luomaan uuden ohituskaistan, paitsi peruspalveluihin, välillisesti myös julkisiin sairaaloihin. Tulos on kaikkien nähtävissä: maailman onnellisimmassa maassa on yksi maailman epätasa-arvoisimpia palvelujärjestelmiä, joka heijastuu myös väestöryhmien hyvinvointieroihin, osin jopa eliniän odotteisiin.

Välttämättömän muutoksen toteuttaminen ei ole helppoa, sillä kunnallisella itsehallinnolla on perustuslain suoma tuki ja vastaavasti työterveyshuollolla suomalaisen kolmikannan tuki. Muutoksen toteuttaminen ei edes suju pelkältä poliittiselta koneistolta. Myös arkisen toiminnan järjestämisestä vastaavien on kyettävä tarkastelemaan sekä sovellettavia hoitomenetelmiä että kliinistä päätöksentekoa ja vielä varmistamaan tehtyjen päätösten tehokas ja turvallinen toteuttaminen. Muutos edellyttää avaintoimijoiden tavoitteellista kouluttamista johdamaan muutosta, tietojärjestelmien muokkaamista tukemaan toiminnan ohjaamista ja ekonomisten perusasioiden ja –menetelmien uudenlaista osaamista. Paitsi että raha ratkaisee, se myös auttaa ratkaisemaan.

Todetuista ongelmista huolimatta Suomen tilanne ei ole mitenkään toivoton. Työnjaon, soveltamamme hoitoteknologian kriittisen arvioinnin, työvoiman koulutustason ja työmoraalin osa-alueilla kelpaamme

monelle muulle maalle esimerkiksi. On siis keskityttävä vain korjaamista edellyttäviin rakenteisiin tavoitteena kansalaisten yhdenvertaisuuden lisääminen suhteellisesti niukentuvien budjettien maailmassa.

Kuluneiden parin vuosikymmen mittaiset sote-seikkailut eivät ole olleet pelkästään tuhlattua aikaa ja rahaa. Meille on sinä aikana valjennut monta ratkaisevan tärkeää asiaa, joista useimmat liittyvät terveyspalveluiden rahoituksen ja ohjauksen pulmiin, palvelumarkkinat niihin sisällytettyinä. Suomi tarvitsee sekä keskusjohtoisia ratkaisuja, jotka liittyvät esimerkiksi tietojärjestelmien arkkitehtuuriin, vertaiskehittämistä tukevien tietokantojen ja mittareiden luomiseen ja sisäiseen laskentatoimeen. Sen lisäksi tarvitsemme paikallisolot tuntevia ja niille rakentuvia nykyaikaisia ja yksilöllisiä palvelumuotoja. Kehityksen tueksi tarvitsemme vielä palvelujärjestelmiin kohdistuvaa kansainväliset mitat täyttävää tutkimustietoa vahvan biolääketieteellisen tutkimustyömme rinnalle. Onneksi tätäkään työtä ei tarvitse aloittaa tyhjästä: palvelujärjestelmän selkeys ja sen yhteiskunnallinen arvostus antavat Suomelle tässä mahdollisimman hyvät lähtöasemat.

Koko muutoksen tavoite on helppo tiivistää yhdeksi lauseeksi. Me haluamme tuottaa kansalaisillemme demokraattisessa prosessissa osoitetuilla yhteisillä voimavaroilla mahdollisimman paljon yksilöllistä arjessa selviytymistä, yhdenvertaisuustavoitteen vallitessa. Tästä tavoitteesta ei onneksi näytä olevan kummempaa erimielisyyttä.

Kysyin kahdeksanvuotiaalta Amandaltani, mikä on elämän tarkoitus. Odottamaton vastaus tulikin ilman odottelua: Elämän tarkoitus on auttaa toisia. – Vaarilla ei ole siihen vielääkään lisättävää.

24. MEDIKALISAATIO SAIRASTUTTAA KAIKKI

Markku Myllykangas

Medikalisaatio tarkoittaa lääketieteellistymistä. Medikalisaation rinnalla on alettu käyttää termejä liikalääkintä ja ylilääkintä. Yhä useammat ihmisten arkisista asioista ja murheista legitimisoidaan lääketieteellisillä diagnooseilla. Kaikkeen etsitään ratkaisua terveydenhuollosta ja lääketieteestä. Eritoten pillereistä. Työterveyslääkäri Jan Schugk: ”Mikä tahansa yhteiskunnallinen ilmiö otetaan terveydenhuollon piiriin. Sille keksitään nimi, diagnostiset kriteerit ja hoito... Miten lääkinnän keinoin voidaan ratkaista liian kiireen, rahan perässä juoksemisen ja puuttuvan ihmisten välisen vuorovaikutuksen seuraukset?”

Medikalisaatio ilmenee muun muassa elämäntapahtumien, käyttäytymisen ja poikkeavuuksien lääketieteellistämisenä eli niiden käsittelemisenä lääketieteen ja terveydenhuollon keinoin. Perin luonnolliset asiat kuten lisääntyminen ja syntyminen ovat yhteiskunnassamme medikalisoitu. Odottavasta äidistä on tehty passiivinen potilas. Vaikka medikalisaatio on pääosin kielteinen ilmiö, niin esimerkiksi lisääntymisen ja synnytysten osalta medikalisaatio on vähentänyt rutkasti kärsimystä ja kuolemaa. Ihmisen kasvu, vanheneminen ja kuolema ovat myös kokeneet medikalisaation mahdin. Kuten myös itsemurha, kotiväkivalta ja rikollisuus.

Kun jokin asia on medikalisoitu, paluuta ei yleensä ole. Poikkeuksen muodostavat vaikkapa homoseksuaalisuus ja masturbaatio. Homoseksuaalisuus poistettiin tautiluokituksesta 1970-luvulla. Kun takavuosina pappien siunaamina lääkärit yrittivät sadistisin keinoin estää, että käsi ei olisi käynyt, niin masturbointia on jo pitkään pidetty suositeltavana terveysliikuntana.

Osa medikalisaatiosta kutsutaan sairauksien kaupusteluksi ja tautitehtailuksi (disease mongering). Lääkefirmat markkinoivat lääkkeiden lisäksi yhä enemmän sairauksia. Taudinkeksijät eli lääkärit sekä erityisesti lääke- ja muu sairausteollisuus muokkaavat innolla erilaisista hyvin yleisistä ja epämääräisistä oirevyyhdeistä ”oikeita” sairauksia. Niille annetaan uskottavilta kalskahtavia nimiä kuten fibromyalgia, amalgaamioireyhtymä, krooninen väsymysoireyhtymä, hiivasyndrooma, naisten seksuaalinen toimintahäiriö, miesten vaihdevuodet, sosiaalinen ahdistushäiriö (entinen ”sosiaalinen fobia” eli henkilö on ujo), suru ja murhe, pelihimo, kaljuus, sarkopenia, synnytyksen jälkeinen masennus, levottomat jalat -oireyhtymä, häkkitiikerin oireyhtymä, paratiisimasennus, hapannaama (dysthymia), ylivilkkaus tai ennenaikainen siemensyöksy.

Ihmisruumiista on tullut lääketieteellinen projekti. Koko ruumis on pala palalta medikalisoitu. Ikuisen nuoruuden ja kauneuden haikailun myötä kauneusleikkaukset lisääntyvät. ”Rumuus on sairaus, joka on hoidettava”. Yhä useammat naiset ottavat remonttilainaa hankkiakseen itselleen isommat kumitissit, rasvaimun, kasvojen kohotuksen tai emätinmuotoilun. Miesten restaurointikin yleistyy. Penistä yritetään paksuntaa ja pidentää.

Medikalisaation myötä sairauden rajaa hämärretään ja vyörytetään jatkuvasti mielivaltaisesti alaspäin terveempien suuntaan markkinoiden kasvattamiseksi. Esimerkkeinä kolesterolia, verenpaine, ADHD, masennus, Alzheimerin tauti (”kevyt Alzheimer”) ja impotenssi vs. erektiohäiriö.

Medikalisaation myötä yhä vähäpätöisemmät oireet, vaivat ja sairaudet nähdään vakavina tyyliin ”hoitamattomana poskiontelon tulehdus voi olla kuolemaan johtava sairaus” ja tautien riskit (kuten hypertonia, hyperkolesterolemia, osteoporoosi) sairauksina. Esihypertensiivisyyttä pidetään klassisena esimerkkinä riskitekijän tai riskin osoittimen välikämmisestä väkisin sairaudeksi. Riskitekijöistä veivataan osin tarkoituk-

sellisesti sairauksia. Sairauden pelotevaikutus on huomattavasti suurempi kuin riskitekijän. Näin terveetkin ihmiset saadaan helpommin ripustettua lääkekoukkuun. Ja jos pelkkä pelottelu ei auta, voidaan turvautua kovempiin otteisiin. Erään erikoislääkärin mukaan ”motivointikeinojen valinta voi vaihdella potilaan ja lääkärin persoonan mukaan – pehmeästä myötälämisestä ravisteluun ja uhkailuun”!

Sairaiden lukumäärää pyritään myös liioittelemaan. Muinoin erektio-ongelmia pidettiin lääketieteellisinä ongelmina vain, jos ne liittyivät johonkin taustalla olevaan biologiseen syhyyn, kuten diabetekseen tai eturauhassyöpään. Puhuttiin impotenssista. Ikävä juttu, mutta sitä esiintyi väestössä vain tietty määrä. Sitten lykästi. Ja kunnolla. Viagrat tulivat. Alkoi erektiohäiriöiden aikakausi. Taudinkeksijät ja sairauksien kaupustelijat liioittelevat estoitta erektiohäiriöiden vakavuutta ja yleisyyttä. ”Sairastavuus” on lisääntynyt räjähdysmäisesti. Nyt velttovirtasia on moninkertaisesti. Jopa puolella aikamiehistä väitetään olevan ongelmia erektionsa kanssa. Hurjat luvut lötkyistä peniksistä ovat tarkoitushakuista sumutusta. Terveet sarvimiehet halutaan pelosta kankeiksi muistuttamalla jatkuvasti erektiohäiriöistä. Vastaavasti, kun levottomat jalat -oireyhtymään kehitettiin lääke, ”sairaiden” lukumäärä kolminkertaistui.

Medikalisaatio näkyy myös vankkana uskona lääketieteen ja lääkkeiden kaikkivoipaisuuteen. Siitä esimerkkinä muun muassa liikumisresepti eli liikunnasta ”liikuntalääkettä”. Siinä elämäntapa muutetaan käsitteellisesti kapeaksi, farmakologisia vaikutuksia omaavaksi tuotteeksi. Takavuosina eräs ravitsemustieteen professori ehdotti ruisleipäreseptiä, koska ”ruis on niin terveellistä”. Viimeisimpänä villityksenä on lääkärin todistus aseenkantoluvan saamiseksi, lääkäreiden vastustuksesta huolimatta.

Medikalisaation taustalla kummittelevat erityisesti ahneet lääkefirmat ja niiden koukkuun jääneet, lääkärin etiikan hylänneet lääketehtaiden lisenssiaatit. Lääkefirmat panevat noin kolme kertaa enemmän rahaa tuotteidensa markkinointiin, mainontaan, myynnin edistämiseen ja

lääkäreiden voiteluun kuin tutkimukseen ja tuotekehittelyyn. Lääketeollisuus ohjaa liiaksi lääkintää (esim. hoitosuosituksot) ja terveydenhuoltoa. Lääkäreiden jatko- ja täydennyskoulutus on lähes tyystin lääkefirmojen kontolla. Monet potilasjärjestöt ovat vain osa farmafirmojen markkinointikoneistoa.

Kaiken mainonnan päämäärä on myynnin edistäminen. Lääke- ja muut terveystmainokset ovat entistä enemmän pelkkää harhaista mielikuvamainontaa. Yhä merkittävämpi osa mainonnasta suunnataan ”terveille” ihmisille. Heidät pitää mainonnan avulla saada tuntemaan itsensä sairaksi. Ennen vanhaan lääkkeitä kehitettiin sairauksien hoitoon. Nyt kehitetään sairauksia teollisuuden lääkkeille.

Emergency Medicine Australasia (EMA) lopetti ryhdikkäästi joitakin vuosia sitten lääkemainokset lehdestään. Syynä oli se, että lääke-markkinoinnin päätavoite on saada lääkärit suosimaan tiettyä tuotetta. Mainokset johtavat usein tarpeettomaan lääkintään ja vaarantavat siten potilasturvallisuuden. Se on ristiriidassa lääketieteellisten aikakauslehtien tehtävän kanssa. Lehden toimitus piti tekoaan reaktiona kasvavaan näyttöön siitä, että lääketeollisuudella on rappeuttava vaikutus lääketieteeseen sekä väitteisiin, että teollisuus vääristelee tutkimustuloksia ja sen julkaisukäytännöt ovat epäilyttäviä ja epäeettisiä. EMA kehotti muitakin lehtiä tekemään samoin. Turhaan. Lehdet takovat mainoksilla rahaa. Etiikasta ja potilaista viis veisataan.

Englantilainen lääkäri Ben Goldacre toteaa, että lääkäreillä ei usein ole mitään käsitystä antamiensa hoitojen todellisista vaikutuksista. Hän väittää, ettei lääkkeiden markkinoinnilla ja mainonnalla ole muuta tarkoitusta kuin sabotoida tieteelliseen näyttöön perustuvaa päätöksentekoa lääkinnässä.

Terveystmainonta ruokkii tautitietoisuutta, hätää, tuskaa, kuoleman pelkoa, tyytymättömyyttä ulkoiseen olemukseen ja turhia toiveita. Mainonnalla kammetaan jo ennestään pelokasta, hyperherkästi jo kaista elintoimintojen muutosta ja vihlaisua säpsähtävää luulotautista

entistä tautikammoisemmaksi. Mörköjä riittää. Tuhannet sairaudet vaanivat koko ajan uhrejaan. Myynninedistämisessä vähäpätöinenkin terveysongelma muuntuu kuolemantaudiksi.

Erilaisiin magneetti- ja muihin kuvantamistutkimuksiin houkutellaan ihmisiä näyttävillä mainoksilla sanoma- ja aikakauslehdissä. Tutkimuksiin pääsee jonottamatta, ilman ajanvarausta ja ilman lääkärin lähetettä. Tosin Kelan sairausvakuutuskorvauksen saaminen edellyttää lääkärin lähetteen. Mutta sekin järjestyy yleensä helposti. Vaikka potilas olisi ha-
keutunut mainoksen innostamana tutkimukseen oma-aloitteisesti periaatteella ”kiva tietää”. Nykyaikaisilla kuvantamistekniikoilla havaitaan vain yhä enemmän merkityksettömiä sattumalöydöksiä. Kansalaisista ja potilaista on tullut kuluttajia ja asiakkaita, lääkäreistä kauppiaita: ”Mitä saisi olla?”

Terveyspalvelujen menekkiä yritetään vauhdittaa mainosten lisäksi erilaisilla yleisötilaisuuksilla, jotka pyörivät hyvin yleisien vaivojen ympärillä, kuten osteoporoosi, miesten eturauhassyöpä, erektio-ongelmat ja yleensä seksuaaliterveys. Kyseiset tilaisuudet ovat käytännössä tautitietoisuuden nostatusta, turhien tutkimusten kaupustelua ja usein myös reseptilääkkeiden piilomainontaa.

Näin on kirjoitettu jo vuonna 2005 [Lääkärin etiikka]: ”... turha medikalisaatio on jatkuvasti kasvavien terveysmenojen taustalla, ilman terveyshyötyjä. Terveyspalvelujen toimien vaikuttavuus pienenee, kun lääkintää käytetään ongelmiin, joita lääkinnällä ei voida ratkaista. Ihmiset altistetaan hoitojen riskeille ja heille aiheutetaan pahimmillaan ahdistusta ja ylivarovaista riskikäyttäytymistä.”

Varoituksen sanat ovat kaikuneet kuuroille korville. Medikalisaation hillitseminen näyttää mahdottomalta. Medikalisaatiokehityksen päässä hämöttää epätoivottava tulevaisuudenkuva, pharmageddon. Sillä tarkoitetaan sysimustaa maailmaa, jossa lääkintä aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä.

25. PAPERITTOMAT JA TERVEYDENHUOLTO

Ville Elonheimo

JOHDANTO

Paperittomien terveydenhoito on kaikkialla Euroopassa kipeä kysymys. Hoidettavien määrät eivät ole suuria kuten vaikka vanhustenhuollossa, mutta kysymys on kipeämpi. Oikeus terveydenhoitoon on ihmisoikeus – mutta niinpä vaan Suomessakaan ei julkiseen terveydenhuoltoon päästäkseen riittä, että on ihminen.

Julkiseen terveydenhuoltoon pääsemiseen tarvitaan normaalisti kolme eri rekisteröintiä:

- oleskelulupa, myöntäjänä Maahanmuuttovirasto
- kotikunta, rekisteriviranomaisena Maistraatti
- suomalaisen sosiaaliturvan piiriin kuuluminen, päätöksentekijänä Kela

Vasta näiden kolmen rekisteröinnin jälkeen maahanmuuttajalla on yhtäläiset oikeudet terveydenhuollon kaikkiin tasoihin ja kiireellisyyksiin Suomessa syntyneiden Suomessa asuvien Suomen kansalaisten kanssa. Paperittomuuden sijasta voisi hyvinkin puhua rekisterittömyydestä, ts. ihminen ei ole tarvittavissa rekistereissä. Siinä missä lääkäri katsoo ihmistä, terveydenhuoltojärjestelmämme katsoo rekisterinumeroa.

Todettakoon, että osalla maahanmuuttajista on päävaihtoehtona jokin muu organisointi, esim. opiskelijoilla on yksityiset sairausvakuutukset ja turvapaikanhakijoille valtio organisoii välttämättömät terveyspalvelut sopimuksin osana vastaanottokeskusten palveluvalikkoa. Näissä erikoissairaanhoido on organisoitu sopimuksin sairaanhoitopiirien kanssa.

PERUSTAMINEN

Joensuun Global Clinic (JGC) perustettiin 2014 täyttämään aukkoja paperittomien terveydenhuollossa. Tarve nousi yhtäältä lääkärin saamien pyyntöjen suunnasta, toisaalta järjestöjen maahanmuuttajien neuvonnasta vastaan tulleiden tapausten taholta. Kun joulukuussa 2013 nämä suunnat olivat ensi kertaa ottaneet asian puheeksi – Juha kysyi Hanna-Leenalta, joka toi Juhan Villen puheille – niin kevään 2014 aikana pidettiin useampia[HH2] verkostomaisia suunnittelukokouksia.

Suunnitteluvaihe oli järjestöjen ja vapaaehtoisten terveydenhuollon ammattilaisten verkoston rakentamista, valmistelua pelisäännöistä ja tietysti työnjakoa ja resurssointia. Joensuun Global Clinic julkistettiin ja siten avattiin Itä-Suomen AVIn ja Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistyksen järjestämässä koulutuksessa 19.5.2014.

ASIAKKAISTA YLEISTÄ JA KAKSI ERITYISTAPAUSTA

Joensuun Global Clinicin asiakkailla julkiseen terveydenhuoltoon pääsemättömyyden syinä tärkeimmät ovat se, että henkilö ei ole suomalaisen sosiaaliturvan piirissä eikä oma sairausvakuutus kata tilannetta, ja se, että henkilö on kielteisen turvapaikkapäätöksen jälkeen jäänyt ilman oleskelulupaa ja palveluita. Ensimmäiseen luokkaan kuuluu monenlaista, yliopistokaupungissa esim. opiskelijoiden vaivoja, jotka ylittävät Joensuun YTHS:n palveluvalikon, ja perheenjäseniä, joilta ei ole sairausvakuutusta vaadittukaan. Lisäksi jonkin verran JGC on autanut paremmassakin tilanteessa olevia löytämään oman palvelunsa.

Sairausluokituksessa yleislinja on varsin tavanomainen, mitä voisi kuvitella terveyskeskuksenkin päivystyksestä, ei isoa mutta kuitenkin hoitoa vaativaa. Tärkeää on ollut sekin, että on todettu tilanne ja potilas on voinut hellittää suuresta huolestaan. Mielenterveyden ongelmien kanssa on otettu huomattavan vähän yhteyttä ottaen huomioon stressitekijät, joita maahanmuuttajilla ja varsinkin paperittomilla on.

Joensuun Global Clinicin historiaan on sattunut kaksi alle kouluikäistä kehitysvammaista lasta. Näistä tapauksista toista päästiin hoitamaan avoimesti kun oleskeluluvat olivat voimassa, mutta toisessa hoito tapahtui piilossa pääosin kotikäynteinä palautusuhan takia. Hämmentävää oli, että kiireelliseen sairaanhoitoon pääsi hengitysvaikeuksien tullessa, mutta hidasta hoitoa terveystilanteen vakauttamiseksi ei julkinen puoli pystynyt tarjoamaan. Vapaaehtoistyöllä saatiin toisen lapsen orastava kommunikaatio edes alkeelliselle tasolle. Toisessa tapauksessa perheen kriisin takia ajauduttiin tiiviimpään palveluun ja sen resurssien avulla vaiheittain normaalien palveluiden piiriin. Toisessa tapauksessa taas organisoitiin paperit kuntoon, artikkelin alussa mainitut kotikuntamerkit ja päätös suomalaisen sosiaaliturvan piiriin kuulumisesta, ja sitten lapsen hoitopolku pääsi käyntiin. Kumpikin lapsista on nykyään perheensä kanssa oleskeluvuokallisesti Suomessa ja kuntoutuksen ja vammaispalveluiden piirissä.

TILANNE 2019

Nyt vuonna 2019 on lopulta selkeästi myös paikallinen Siun soten terveydenhuolto linjannut, että paperittomille kuuluu kiireellinen hoito sekä alaikäisille ja raskaana oleville ja vastasyntyneille hoito kuten kaikille. Tämä kehitysvaihe on ollut Joensuussa pitkään odotettu ja vastaa STM:n ohjeistusta. Aiemmin olemme joutuneet tapaus kerrallaan uuttamaan ihmisiä sisään julkiseen terveydenhuoltoon.

Muista Suomen Global Cliniceista Joensuuta erottaa se, että täällä terveydenhoitoon on liittynyt aktiivisesti järjestöjen tekemä selvittely siitä, miten potilaat pääsisivät suomalaisen sosiaaliturvan piiriin. Apuna on toki ollut tapauskohtaisesti mm. keskussairaalan sosiaalityöntekijöitä. Muissakin kaupungeissa toki tätäkin työtä on, mutta ei niin tiiviisti kuin Joensuussa. Pohjoismaisten Global Clinicien joukossa Joensuu on pienin organisoinniltaan, mutta niinpä ollaankin ainoassa alle 100 000 asukkaan kaupungissa.

TYÖTÄ TEHNEET JA SUURET KIITOKSET

Käytännön terveydenhoitotyöt Joensuun Global Clinicilla ovat tehneet lääkärit ja sairaanhoitajat omana vapaaehtoistyönään. Mainittakoon nimeltä perustamisvaiheen koordinoiva lääkäri Juha Mustonen ja nykyin aktiivisesti hoitajia koordinoiva Leena Rannikko. Moni muukin on ollut perustamisvaiheessa tärkeänä tukena tai urakoinut potilastyötä. Mukana on ollut eri rooleissa myös monikulttuurisuustyötä tekevien järjestöjen ja seurakuntien palkallisia ja palkattomia toimijoita. Kaikille suuret kiitokset!

Kellekään meistä tämä ei ole ollut päätyö tai edes oman palkkatyön ydintä. Olemme mukana havaittujen tarpeiden ja oman osaamisemme kanssa. Vielä kai koittaa aika, että hoitoon pääsemiseksi riittää olla ihminen.



26. HYVÄN ELÄMÄN JÄLJILLÄ

Arto O. Salonen

Talousskasvusta on tullut itseisarvo yhteiskunnassamme. Olemme kansalaisina olemassa taloutta varten, sillä oletuksena on, että talousskasvun avulla luodaan olosuhteita, joissa elämän koko täyteys pääsee esiin.

Mutta mistä kertoo se, että yltäkyläisessä Suomessa yhdeksän kansalaista jää joka päivä työkyvyttömyyseläkkeelle masennuksen vuoksi keskimäärin 45-vuotiaana. Onko teollistuneessa yhteiskunnassa ihmisen elämästä alkanut muodostua suorite, jonka onnistumista ja epäonnistumista mitataan numeroilla? Kiteytyykö hyvän elämän tavoittelu suoritelistaksi, jonka pituutta pyritään vuosi vuodelta kasvattamaan?

Loppujen lopuksi hyvän elämän haaste Suomen kaltaisessa kilpailun varaan rakentuvassa hyvinvointiyhteiskunnassa kiteytyy kansalaisen kokeman mitättömyyden, riittämättömyyden ja merkityksettömyyden kokemusten taklaamiseen. Ongelmana on asettaa tavoittelemisen arvoiset asiat järjestykseen. Kaikki ei ole yhtä tärkeää. Jotkin asiat ovat itsessään arvokkaita, useimmat eivät ole.

Sellainen arvojärjestys pitäisi onnistua luomaan, jossa oleelliset elämän päämäärät erottuvat epäoleellisista. Esimerkiksi ajallemme tyypillinen nopeuteen keskittyminen – ilman kulkusuunnan varmistamista – voi olla kohtalokasta. Tämä johtuu siitä, että kova vauhti on hyvä asia vain siinä tapauksessa, että kulkusuunta on tunnistettu oikeaksi.

Oikean kulkusuunnan tunnistaminen perustuu eettiseen pohdintaan – erilaisten tavoittelemisen arvoisten elämän päämäärien tunnistamiseen ja niiden kiihkottomaan vertailuun. Ilman eri päämäärien tärkeysjärjestyksen luomista elämän mielekkyys katoaa, sillä ainutkertaiselle elämälle ei silloin löydy mieltä haltioittavia päämääriä.

Jotta ainutkertaiselle ihmiselämälle Sinisellä planeetalla olisi tunnistettavissa riittävän suuria syitä, tarvitaan sopivan suuria kysymyksiä kysyttäväksi. Mitä on myönteinen kehitys? Mitä on edistyminen? Miten elämän koko täyteys saadaan esiin? Mikä on luovuttamatonta ja minkä puolestaan voidaan antaa tulla ja mennä?

Tehottomuus on tuhlailua, mutta pelkkä tehokkuuteen keskittyminen saattaa osoittautua toiminnaksi, jossa välineestä tulee päämäärä. Kun tähän yhdistyy yhteiskunnassamme ihanteena oleva itsepärjäämisen eetos, uhkaa elämä tyhjentyä merkityssisällöistä. Latteus valtaa alaa. Talouskasvua suurempia syitä ei kansalaisten elämälle enää ole. Elämän koko täyteys on tällöin parhaimmillaankin vain tehokkuutta ilmentävä suoritustihentymä.

Irrallisuuden kokemukset ovat nykyajan riesa. Ne johtuvat pohjimmiltaan siitä, että yksittäisiin asioihin keskittyvä arki on valtavirtaistunut länsimaissa yhteiskunnissamme. Jopa käyttämämme kieli suosii kontekstistaan irrotettujen ja pysyviksi oletettujen asioiden kuvailemista. Tämän seurauksena on luonnollista, että huomio kiinnittyy enemmän asioihin kuin asioiden välisiin yhteyksiin.

Jos yhteydet eri asioiden, ilmiöiden ja ihmisten välillä otettaisiin huomion keskipisteeksi, vahvistuisi kokemus siitä, että juuri minä olen osa jotakin itseäni suurempaa elämän kokonaisuutta joka päivä ja joka hetki. Käsitys irrallisuudesta, erillisyydestä ja ulkoisesta maailmasta osoittautuisi paikkansa pitämättömäksi kun elämän merkityssisällöt rikastuisivat kiinnittymisen, liittymisen ja kuulumisen kokemuksen seurauksena.

Mielekäs elämä on liittymistä ennen meitä eläneiden ketjuun. Se on kulttuuriperintöön kytkeytymistä – sen vaalimista ja viisasta uudistamista – tulevaisuuden tekemistä. Ilman sivistymistä elämä uhkaa jäädä elämättömäksi. Elämätön elämä on sitä, että käden ulottuvilla olevat mahdollisuudet tavoittaa sitä, mikä omista lähtökohdista käsin

on luontevaa, jää tavoittamatta. Piilossa olevat mahdollisuudet jäävät käyttämättä.

Jos elämällä on rikkaita merkityssisältöjä, mitä hyvästä elämästä jää tavoittamatta? Tuskin paljoakaan. Elämän täyteys rakentuu erilaisista hyvyyttä, totuutta ja kauneutta vaalivista elämisen suunnista siitä huolimatta, että elämä itsessään on mahdollista vain tässä käsillä olevassa nyt-hetkessä.



27. TAIDE KOKONAISSVALTAISENA FILOSOFIANA

Teemu Mäki

Taiteessa ei tarvita portinvartijaa, joka valvoisi kuka saa taidetta tehdä ja mikä ansaitsee taiteen arvonimen. Huonosta taiteilijasta ei nimitäin ole suurta haittaa, eikä vaaraa – toisin kuin ammattitaidottomasta lääkäristä tai putkimiehestä. On turha kinata siitä, mikä on taidetta ja mikä ei. Antoisampaa on avoimin mielin kokeilla mitä kokemuksia ja oivalluksia saa, jos käyttää taiteena sitä, mitä taiteena tarjotaan.

Emme pääse koskaan kunnolla yksimielisyyteen siitä, mitkä taideteokset ovat hyviä, mitkä huonoja, mitkä taidekäsitykset ja -teoriat parhaita, mutta ehdotan silti, että voisimme olla melko yksimielisiä siitä, mitkä taiteen tehtävät ovat.

TAITEEN NELJÄ TEHTÄVÄÄ

1. Nautinto. Jokainen joka taidetta tekee tai kuluttaa, vaatii että taiteen kanssa vietetyn ajan pitää olla jollain tavalla palkitsevaa itsessään, ei vain hyödyllistä tai opettavaista vaan nautinnollista sinänsä. Eskapistien mielestä taide on nautinnollista, koska he pääsevät sen parissa arkea ja todellisuutta karkuun. Kriittisen taiteen ystävät puolestaan nauttivat taiteesta, koska sen parissa voi parhaimmillaan kohdata todellisuuden aivan erityisen rehellisesti, kokonaisvaltaisesti ja voimakkaasti.

Käytännössä nämä molemmat pyrkimykset elävät usein rinta rinnan samassa henkilössä: ihminen nauttii taiteesta, koska se on värikkäämpää ja jännittävämpää kuin arki, mutta toisaalta voi hyvin käyttää satuilevaakin taidetta oman itsensä ymmärtämiseen ja maailman pohittamiseen.

Todellisuus ja fantasia ovat sitä paitsi muutenkin vuorovaikutuksessa keskenään. Eivät kaikki päiväunelmat tai fantasiat ole vain pään piilotamista pensaaseen ja yritystä hetkeksi unohtaa todellisuus: fantasia voi olla myös tapa ehdottaa uutta todellisuutta. Toisin sanoen: mahdolltoiman yrittäminen laajentaa mahdollisen sfääriä.

Ja mitä nautintoon tulee, niin usein taiteessa on kyse uusien nautintojen luomisesta ja niiden harjoittelusta: taide on tapa katsoa maailmaa niin, että se mikä eilen näytti vain tylsältä mössöltä, alkaakin tänään näyttää kiehtovalta ja vivahteikkaalta.

2. Keskustelu. Taide on kommunikaatiota, vuorovaikutusta, keskustelua, mutta tämä on niin itsestäänselvä asia, ettei sen sanominen ääneen lisää ymmärrystä. Sen sijaan on hyvä erikseen todeta, että osa taiteesta keskittyy keskustelun herättämiseen, ottaa sen jopa päätehtäväkseen. Sellainen taide katsoo velvollisuudekseen kiinnittää huomiomme niihin tärkeisiin kysymyksiin tai ongelmiin, jotka ovat vaarassa jäädä liian vähälle huomiolle tai tulla jopa lakaistuksi maton alle. Usein tämän tyyppinen *keskustelunherättämissaide* ei edes yritä tarjota mitään vastauksia esille nostamiinsa kysymyksiin, vaan pyrkii vain pakottamaan tai viettelemään meidät etsimään tai luomaan vastauksia itse tai yhteisen keskustelun kautta.

Osallistava taide on läheistä sukua keskustelunherättämissaiteelle, sillä kun ihminen kohtaa taideteoksen osallistujan ominaisuudessa eikä yleisön roolissa, niin hän joutuu — keskustelemalla ja toimimalla yhdessä muiden osallistujien kanssa — ottamaan itse vastuun siitä, millaisen sisällön teos saa.

Kolmas keskustelupainotteisen taiteen laji on *artivismi*, eli taide jota on vaikea erottaa kansalaisaktivismista. Siinä teoksen sisältö ja päämäärä on selvä ja etukäteen lukittu, toisin kuin kahdessa edellämainitussa, mutta halu dialogiin hyvin voimakas. Artivistinen taide vaatii vastaanottajalta yhteiskunnallista reaktiota.

3. Viisauden tavoittelu. Taide voi myös tarjota vastauksia, eli yrittää löytää tai luoda erityisiä oivalluksia ja viisautta. Viisauden tavoittelun voi jakaa kolmeen alalajiin.

Ensinnäkin, taide voi yrittää ratkaista konkreettisia yhteiskunnallisia ongelmia: ”Miten auttaa pakolaisia? Miten taistella köyhyyttä, rasismia, ilmastonmuutosta ja kuudetta joukkosukupuuttoa vastaan?” Tässä taide on samalla asialla kuin tiede ja politiikka, mutta käyttää omanlaisiaan työkaluja ja joustavampaa metodologiaa. Tässä moodissa pyritään poistamaan esteitä hyvän elämän tai onnellisuuden tieltä.

Toinen viisauden tavoittelun muoto on se, jossa taide käy sellaisten kysymysten kimppuun, joihin ei löydy lopullista ratkaisua, lopullista vastausta. Tällaisia ylivoimaisia, ikuisia kysymyksiä ovat muun muassa: ”Miten pitäisi elää? Miksi pitäisi elää? Miten kohdata kuolevaisuus? Mitä on hyvä elämä?” Nämä aiheet kuuluvat enemmän filosofian ja elämäntaidon kuin arkisen ongelmanratkaisulogiikan piiriin. Näiden aiheiden parissa tarvitaan usein enemmän jonkinlaista sommittelun taitoa, eikä niinkään ongelmanratkaisulogiikkaa. Tässä moodissa pohditaan hyvän elämän määritelmää ja harjoitellaan elämästä nauttimisen taitoa.

4. Tunne-elämän kehittäminen. Usein taiteessa on kyse tunne-elämän viljelystä tai sisäisen kokemusmaailman jalostamisesta. Tämän pyrkimyksen voi jakaa kolmeen alalajiin.

Taiteen avulla voimme tulla tietoisemmiksi omasta ja toisten tunne-elämästä ja eri tunnetilojen syistä ja seurauksista. Kun tiedostamme ja ymmärrämme tunne-elämäämme entistä paremmin, voimme myös hallita ja ohjailla sitä. Tämä on hyötyyn tähtäävä ja järkikeskeinen tehtävä, jossa tunteisiin suhtaudutaan kuin villiin luontoon, joka on suitsittava ja taltutettava.

Toinen näkökulma tunne-elämän kehittämiseen taiteen kautta on hyve-etiikan mukainen. Se tarkoittaa, että voimme taiteen parissa yrittää voimistaa ja harjoitella hyviä taipumuksiamme, kuten esimerkiksi

kykyä myötätuntoon ja oikeudenmukaisuuden kaipuuta. Tämäkin on tärkeä tehtävä, sillä pelkkä laskelmoiva järkemme ei vaadi meiltä hyveellisyyttä — tarvitaan jokin toinen motivaatio ja houkutus antamaan voimaa elämänmyönteisille tunteillemme ja tendensseillemme.

Kolmas näkökulma tunne-elämän kehittämiseen taiteen kautta on ei-moraalinen ja itsetarkoituksellinen. Me haluamme tuntea enemmän ja vivahteikkaammin. Me tavoittelemme yhä suurempaa tunne-elämän dynamiikkaa ja laajempaa tunteiden kirjoa. Alkeellisimmillaan tämä tarkoittaa vain yhä kiivaampien kliimaksien metsästämistä, eräänlaista tunteiden benjihyppelyä, jossa meitä kiinnostavat vain ne tunteet, jotka saavat sydämen hakkaamaan tuhatta ja sataa. Onneksi on kuitenkin olemassa myös hienostuneempi versio, jossa olemme yhtä kiinnostuneita sekä kirkuvan kiihkeistä tunnemyrskyistä että myös aivan pienistä kokemusmaailman liikahtuksista — ja kaikista dynaamisista tasoista niiden välissä.

PARI HUOMIOTA TAITEEN SUHTEESTA KASVATUKSEEN, TERAPIAAN JA TIETOOON

Mikä on taiteen suhde kasvatukseen? Taide on itsehoivaa ja oman minuuden rakentamista, ilman mitään pääteipistettä tai valmiiksi tulemisen harhaa. Elinikäisen oppimisen idea on taiteessa usein totisinta totta.

Mikä on taiteen suhde terapiaan? Taide on läheistä sukua terapialle, sillä moni taidetta tekevä tai taidetta nauttiva ihminen sanoo itselleen: ”En ehkä ole sairas, mutta voisin voida vielä paremmin, joten olen kiinnostunut itseymmärryksen lisäämisestä, taiteen avulla.” Näin ollen taiteessakin on tapahtunut eräänlainen freudilainen käänne, jonka jälkeen terapia ei ole vain sairaiden tarvitsemää erityistä hoivaa, vaan kenelle tahansa sopiva tapa lisätä ymmärrystä ja parantaa elämän laatua.

Olennaisin taiteen ja terapian ero on se, että kliininen terapia ja myös niin sanotut ”terapeuttiset harrastukset” — esimerkiksi puutarhanhoito tai purjehdus — ovat yksityisiä toimintoja. Terapiasuhte on yksityinen

ja siihen kuuluu salassapitovelvollisuus. Myös terapeutiset harrastukset ovat antoisia vain niille, jotka niitä omin käsin harrastavat. Taide sen sijaan parhaimmillaan on terapiaa — ei vain terapiaa, mutta myös terapiaa — joka on yhtä antoisaa, yhtä voimauttavaa ja emansipoivaa myös yleisölle kuin taiteilijalle itselleen. Taide on siis terapeutinen toiminto, joka saattaa olla jaettavissa.

Mikä on taiteen suhde tietoon? Taide löytää ja luo usein ihan aivan tavallista tietoa — ja välittää sen meille tiiviissä ja iskevässä muodossa.

Taide myös juurruttaa meihin tietoa, jonka muuten omaksuisimme vain pinnallisesti: meillähän on paljon tietoa siitä mitä pitäisi tehdä ilmastomuutoksen pysäyttämiseksi ja miten vastavuoroista rakkautta ihmissuhteissa voisi edistää, mutta jostain syystä meillä on usein vaikeuksia toimia tietomme vaatimalla tavalla. Taide voi silloin auttaa meitä omaksumaan tietoa niin että se tuntuu koko kehossa ja muuttaa käytöstämme.

Taide luo ja välittää hiljaista tietoa. Eli tietoa ja taitoa, jonka voi sanallistaa vain osittain tai ei ollenkaan. On myös tiedostamatonta tietoa.

Taide on maailmankatsomuksen kehittämistä sen laajimmassa muodossa (world view, Weltanschauung). Maailmankatsomus on moniaistinen visio siitä millainen maailma ja minä on, millaisia ne voisivat olla ja millaisiksi ihminen toivoo niiden tulevan. Visio sisältää faktatietoa, arvoväittämiä ja tunteiden sävyttämän kokemuksen.

Kuten edellä totesin, taide on erityisen hyvä tapa käsitellä ylivoimaisia kysymyksiä, eli niitä joihin ei ole yksiselitteistä vastausta, sellaisia kuten: ”Mitä on hyvä elämä?”

...mutta vaikka taiteella on kaikki nämä kytkökset tietoon ja sen tuottamiseen, niin sen lisäksi taide on aina pyrkimystä myös tiedon tuolle puolen: kohti mahdollisimman antoisaa olemassaolonkokemusta.

28. LUONTO HOITAA

Anu Kareinen

Minulla oli ilo olla toisena alustajana Avoimen eettisen foorumin ”Metsäfoorumilla” vuoden 2000 keväällä. Lähestyimme metsänhoitaja Leena Leskisen kanssa aihetta ”Luonnon ja ihmisen kohtaaminen” kumpikin omista tulokulmistamme. Avasin omaa luontosuhdettani pitkälti kuvien kautta, kerroin paljon minulle tärkeitä asioita kuvilla luonnosta. Kymmenen vuoden takaisessa Luontokuva- lehdessä on kirjoitettu: ”Luontokuva on tunneviesti katsojalle, sydämen kieli ei käänny helposti puhutuksi kieleksi.” Koen suurta keinottomuutta, kun käytössäni ovat vain sanat luontosuhteeni kuvaajina. Mahtaako yritykseni kuvata luonnon merkitystä ja tärkeyttä itselleni jäädä kovinkin likiarvoiseksi pelkillä sanoilla välitettynä, välittykö asian oikeanlainen suuruus ja herkkyyys oikein?

Luonnon hoitava voima on todennettu useissa tutkimuksissa. Luonto vähentää stressiä ja auttaa palautumaan, mieliala paranee ja ihminen virkistyy. Luonnon vaikutuksesta verenpaine ja pulssi laskevat ja lihaskännitys vähenee, luonto houkuttelee liikkumaan ja lisää näin fyysistä aktiivisuutta. Luontokontaktit rikastavat mikrobistoamme ja voivat vaikuttaa parantavasti vastustuskykyymme. Luontokokemukset ja -elämykset uivat meihin useiden aistikanavien kautta: luonnon tuoksut ja äänet, kiehtovat ja kauniit visuaaliset elämykset ja jopa tunto- ja makuaistin kautta tulevat kokemukset hoitavat ja hellivät meitä. Tulemme otetuiksi kokonaisvaltaisesti huomioon.

Meillä suomalaisilla on asioita, jotka halutaan vain tuntea, ei puhua rikki – niihin kuuluvat mm. luonto ja yksinäisyys. Siksi minäkin haen varoen sanoja, jotten rikkoisi jotain haurasta ja henkilökohtaista itselleni tärkeässä luontosuhteessa.

Minun luontoni on täynnä pieniä ihanuuksia, suuria elementtejä ja erilaisia polkuja. Pienet ihanuudet, kuten kukat ja perhoset, saavat minut pysähtymään, kumartumaan, ihastelemaan niiden kauniita yksityiskohtia yhä uudelleen. Monesti pienikin on suurta, jos katsot sitä läheltä. Suuret elementit taas – meri, vuoret, tunturit ja suuret metsät – asettavat minut oikealle paikalleni maailmankaikkeudessa. Ne opettavat oikeanlaista nöyryyttä; ihminen on lopulta vain rikka-hippunen suuren luonnon keskellä. Polkuni metsissä ja tuntureilla ja joskus vesillä meloen ovat kuljettaneet minua läpi puhdistavien ja lataavien luontoelämysten. Ilman kulkemiani luonnon polkuja en olisi pysynyt ihmisenä kasassa, näin uskallan väittää.

Luonto voi elvyttää ja eheyttää. Elpymistä voi tarvita äkkiahdistukseen tai -uupumukseen, ja yleensä siihen riittää lyhyempikin aika, vaikka pa iltakävely tutulla metsäpolulla. Luonnon eheyttävyys voi tulla esille sen kykynä koota ihmissielun riekaleet elämän taistelukentältä ja koota ne kasaan, ihmisenmuotoiseksi olennoksi jälleen. Tähän tarvitaan toki aikaa, ei luonnoltakaan voi taikuutta vaatia! Joskus lääkinnäksi riittää pienen henkisen palkeenkielen liimaus lempeästi paikalleen. Se voi tapahtua yhden auringonlaskun aikana rantakivellä istuen. Eheytyksen tarve liittyy riittämättömyyden tunteeseen, joka riivaa useaa nykyihmistä. Vaikka annat kaikkesi ja vähän ylikin, mikään ei tunnu riittävän. Olet liian tarvittu, monessa hetkessä liian kaivattu. Pitkän työrupeaman tai muuten kuormittavan elämänjakson jälkeen kutsun sitä haaska-tunteeksi: kaikki ovat kalunneet ja repineet sinusta (henkisessä mielessä) oman osansa, itselle ovat jääneet jäänteet, paljas ranka tai runko. Silloin tarvitaan jokin voima, joka koostaa ihmisen taas kasaan, entiseksi itsekseen. Tarvitaan kuvainnollisesti sade, joka täyttää tyhjentyneen lähteen, josta auttaja voi ammentaa – ollakseen taas käytettävissä, kun toiset häntä tarvitsevat.

”Puhelimeen ei juuri nyt saada yhteyttä” -ilmiö ei saisi olla pelkästään perheen teinien etuoikeus – siitä pitäisi myös äitien, isien ja hektistä työtä tekevien joskus päästä osallisiksi. Niin oudolta kuin se kuulos-

taakin, mielestäni suurin luksus, mitä luonto voi joskus tarjota, on tavoittamattomuus. Matkapuhelinteknologian kehitys ja kännykät ovat kietoneet meidät sananmukaisesti verkkoonsa. Miksi meidän pitää olla aina tavoitettavissa heti? Kun puhelin soi, soittaja odottaa välitöntä vastausta. Olitpa missä tahansa, voit tulla nyhdetyksi omasta hetkestäsi mihin tahansa muuhun asiaan tai todellisuuteen. Minusta se on välillä ahdistavaa, repivääkin. Siksi yksi elämäni Wau!-kokemuksista on ollut tunturivaellus Kilpisjärvellä, jolloin viiden päivän ajan puhelin oli mykkä. Sen ajan sai elää vain omaa todellisuuttaan, toteuttaa hetkessä elämistä parhaimmillaan, tarvitsematta ottaa kantaa kenenkään muun ongelmiin. Miten puhdistavaa, vapauttavaa! Erkki Lemisen runoa lainatakseni: ”Luonto ei vaadi eikä soimaa/ vaan odottaa ja antaa/ päästää kiireiset menemään/ puhelee kuunteleville.”

Kauneuden jano voi olla kimmokkeena lähteä luontoon, motiivina mennä metsään. Luonto ja musiikki tarjoavat meille arjen yläpuolelle nostavia lumoutumisen kokemuksia. Ne ovat kokemuksia kauneudesta tai ylevyydestä, jostain sellaisesta mitä lähestyessä sanat tuntuvat loppuvan. Näitä hetkiä ihminen tarvitsee jaksakseen arjessaan. Luonto voi myös lohduttaa; metsään mahtuu isokin murhe. Luonto on koettu aikojen saatossa hyvin samalla tavoin. Voin yhtyä yhä tänä päivänä runoilija Aaro Hellaakosken (1893-1952) säkeisiin: ”Aatos on vajaamittainen/ erämaan äärien opastajaksi/ ihmissuru on pikkuinen/ täällä totena otettavaksi.” Luonnon lumovoimaa lisää vielä se, että usein luontokokemus hellii useaa aistiamme yhtä aikaa: nojatessamme metsässä puun runkoon me haistamme, tunnemme, näemme ja kuulemme metsän samanaikaisesti. Luonnon kokonaisvaltainen ote meistä on todellista ihmisen tehohoitoa!

Luonnosta voi nauttia täysin siemauksin, vaikkei ihan tarkkaan tiedäkään, mitä kulkiessaan näkee ja kuulee. Mielihyvää tuottaa, jos voi todeta: ”näin kivikossa kauniin punaisen kukan, taivaalla lensi mahtavan iso lintu, ja joku pikku tirppa lauloi somasti puskassa!” Itse koen saavani kokemuksesta vielä enemmän irti, jos osaan sanoa: ”Tunturin laella

kasvoi sielikköä. Taivaalla liiteli merikotka ja takaisin tullessa sinirinta lauloi pensaikossa.” Ilahdun, jos osaan nimetä tapaamani kasvin tai eläimen. Erityisesti tulen iloiseksi siitä, jos joskus törmään harvinaiseen lajiin – sellainen hetki tekee tuosta luontokohtaamisestani vielä ainutkertaisemman ja ilahduttavamman. Mitä enemmän luontoa tunnen ja opin tuntemaan, sitä monimuotoisempaa ja merkityksellisempänä se minulle myös näyttäytyy. Ehkä lajiston opettelu on opettanut myös katsomaan monia asioita yhä lähempää tai tarkemmin, pysähtymään ja odottamaan. Ja huomaamaan sen, että aivan lähellä ja vieressä voi ollakin äkkiä jotain aivan yllätyksellistä – se vain odottaa tulevansa huomatuksi!

Luonto hoitaa meitä, mutta muistammeko me hoitaa luontoa? Tämä kysymys olisi syytä muistaa lähiluonnossa, mutta myös maailmanlaajuisemmin. Jokaisen luonnossa kulkevan pitäisi jättää luonto sellaiseen tilaan, missä se oli sinne saavuttaessa – leiripaikalle eivät kuulu jätteet eivätkä katkotut oksat ja maasta revityt varvut ja sammalet. Itse kukin voi miettiä mielessään ja omallatunnollaan, millaisen hiilijalanjäljen jälkeensä jättää, miten siihen haluaa vaikuttaa. Aina asiat eivät toki ole yksinkertaisia. Jätänkö väliin upean luontovaelluksen ulkomailla, kun kohteeseen pitää lentää? Rauhoittaako vapaaehtoinen hiilijalanjäljen kompensatiomaksu mieleni? Ruokahävikkiini voin joka tapauksessa helposti pyrkiä vaikuttamaan. Niin tai näin, tärkeintä tässä suhteessa on mielestäni pyrkiä osoittamaan lapsille ja tuleville sukupolville luonnon tärkeys ja ainutlaatuisuus. Jos elämän menneistä huippuhetkistä moni kytkeytyy luontokokemuksiin, on oletettavaa, että mahdollisuutta uusiin huippukokemuksiin pyrkii varjelemaan ja ylläpitämään. Luonnon kunnioittamisen tärkeys on tiedetty kauan; maa on ymmärretty äidiksemme vuosisatojen ja -tuhansien ajan. Intiaanipääällikkö Seattle lausui aikanaan: ”mitä tahansa tapahtuu maalle, tapahtuu maan lapsille”. Vain luonnon ja sen monimuotoisuuden säilyessä lapsemme ja me voimme tulla luonnon hoitamiksi tulevaisuudessakin.

Ihmispoloisella on useasti taipumus märehtiä mennyttä tai murehtia tulevaa. Kumpikin on hyödytöntä. Meillä on vain tämä hetki, ei enempää

eikä vähempää. Kirjassa ”Suomalainen metsäkylpy” kirjoittajat (Lep-
pänen & Pajunen) toteavat: ”... kuinka huolettomia luontokappaleet
voivat olla. Ne eivät pelkää kuolemaa eivätkä deadlineja vaan toimivat
kuluvassa hetkessä.” Tätä *carpe diem* -ajatusta olen yrittänyt opetella
itsekin, siinä luonto on ollut paras opettajani. Ehkä kuitenkin kaik-
kein konkreettisimmin olen kokenut luonnon vaikutuksen, kun olen
istunut viikon kestäneen Lapin vaelluksen lopulla viimeisenä iltana
erämaan reunalla iltanuotiolla ja tuijottanut tuleen. Hikisenä, muta-
kenkäisenä, savunhajuksena, pörröpäisenä, polvet turvoksissa. Mutta
kaikesta huolimatta:

tuli humisee

ja tuuli

rauhoitun

liudennun metsäisiin henkiin

säie säikeeltä

tulen kudotuksi

pala palalta

kootuksi

uudelleen

29. KIRJE EINSTEINILLE

Mirja Huusari-Kotilainen

Hei Einstein,

Toivottavasti olet saanut levätä rauhassa ja kiitos suhteellisuusteorian keksimisestä koko maailman puolesta. Jos eläisit nyt, kehittäisitköhän ratkaisun ilmastonmuutokseen? Yritämme ratkoa sitä nyt kaikki yhdessä, mikä tuntuu ajoittain aivan toivottomalta erilaisten näkemystemme yhteensopimattomuuksineen. Samoin kuin eripuraisuutta herättävä maailmantalous epäoikeudenmukaisuuksineen, ihmisten eriarvoisesta kohtelusta puhumattakaan jne.

Olet todennut, että sivistyneen ihmiskunnan kohtalo riippuu moraalin tasosta, ei tuotantokyvystä. Olisitkohan edelleen samaa mieltä? Tällä hetkellä tuntuu ainakin siltä, että ihmiskunnan kohtalo ei vaikuta kovin hyvältä mm. tuotantokyvyn korostumisineen.

Sinä keksit yksin suhteellisuusteorian ja meidän pitäisi osata taas yhdessä suhteuttaa ja soveltaa eri asioita oleellista ymmärtäen. Mutta, ongelmiahan syntyy jo suhteuttamis- ja sovellutusteorioiden eri lailla käsittämisestä. Vaikeaa.

Muuten Sinä Einstein jouduit työskentelemään paljon yksin, sait levätä silloin, kun halusit, jos maltoit ja rentouttaa itseäsi viulunsoitollakin. Meidän on taas useimmiten tehtävä töitä yhdessä, luotettava ja otettava toisemme koko ajan huomioon ns. viulunsoittoaikaa ei ole. Harmittavaa. Mutta onneksi meillä on meitä rentouttavakin Avoin eettinen keskustelufoorumi!

Einstein, on sanottu, että Sinun neron aivoiksi nimitettyjen mm. mielikuvien hahmottamiseen, suunnitteluun ja tulevaisuuteen suuntautunut aivojesi etuotsalohko on ollut aivan omaa luokkaansa. Vastaavasta etuotsalohkotyöskentelystä nykyajassamme kertoo mm. räjähdysmäisen maailmanlaajuisen digitalisoitumisemme kehittyminen. Maailmaahan ei yksin enää rakenneta, vaan siihen tarvitaan useampien etuotsalohkojen ahkeran nerokasta yhteistyötä.

Mutta tänä aikana erityisesti myös eettisyydessä tarvetta mm. Sinun kaltaisille etuotsalohkoille olisi, joten toteamukseksi ”Sivistyneen ihmiskunnan kohtalo riippuu moraalin tasosta, ei tuotantokyvystä” on edelleen ajankohtainen.

Kiitos Einstein, lepää rauhassa!

Ystävällisesti Mirja

30. EPILOGI: UUSIN SILMIN

Heli Heikkinen

Kun Avoin eettinen foorumi etsi alkuvuodesta 2019 uusia jäseniä mukaan työryhmään, ilmoitin oman nimeni nopeasti ehdokkaiden joukkoon. Olen aina arvostanut foorumin tekemää työtä ja nyt tarjoutui mahdollisuus päästä katsomaan toimintaa ”kulissien taakse”: pohtimaan mitä aiheita olisi hyvä nostaa yhteiseen keskusteluun ja samalla saada itse uusia näkökulmia muiden ryhmäläisten kanssa käydyistä keskusteluista. Toki mielessä kävi myös vaihtoehto, josko jäsenet ovat enemmänkin vapaaehtoisia työrukkasia ja entisten kyllästyttyä kasvavaan tehtävälistaan, haetaan tilalle uusia uhreja. Nyt jälkeinpäin voin todeta, että pelkoni oli aiheeton ja olen saanut nimenomaan sitä, mitä lähdin hakemaan. Työelämä on tällä hetkellä kuormittavaa: päivät ovat kiireisiä, useita asioita on tehtävä tai vähintään mietittävä, suunniteltava ja valmisteltava yhtä aikaa. Itse olen ollut mukana viemässä isoa toiminnallista muutosta koko organisaation tasolla. Avoin eettinen foorumi on ollut pysähtymisen paikka. Niin foorumin alustuksissa kuin myös työryhmän tapaamisissa on saanut useita ahaa-elämyksiä niin ammatillisesti kuin ihmisenä. On ollut hetki aikaa miettiä työyhteisön toimintaa, asiakkaan/potilaan asemaa ja myös omaa jaksamista ja riittämättömyyttä. Tätä tärkeää pohdiskelua en ennättänyt aiemmin, tai osannut, tehdä riittävästi edes itseni kanssa, saati työkavereiden. Melko nopeasti ensimmäisissä kokoontumisissa tunsin löytäneeni jotain, mitä olin jo pidempään kaivannut.

Tämän kirjan koostaminen lähes talkoohengessä on ollut myös upea kokemus. Mitä kaikkea saammekaan aikaan, kun puhallamme yhteen hiileen ja koemme asian tärkeäksi. Kaikilla oli alusta alkaen yhteinen visio ja vankka tahtotila sanoittaa foorumin pitkä historia kirjalliseksi tuotokseksi. Suomenkieliselle kirjalle oli tilausta ja sen katsottiin mah-

dollistavan eettinen pohdinta laajemminkin. Tekstien saattaminen kirjaksi vaati yllättävän paljon työtä, joka piti lisäksi tehdä tiukka aika-
tauluraami takaraivossa jyskyttäen. Tästä huolimatta kirjan toimittami-
nen oli myös palkitseva ja opettavainen matka. Kaikki kirjatyöryhmän
tapaamiset olivat antoisia, täynnä pohdintaa ja useita eri näkökulmia,
kompromissejakin. Meille kaikille ammattiryhmän edustajille oli pöy-
dän ääressä oma, arvokas paikkansa. Lopputulos on ehdottomasti
enemmän kuin osiensa summa.

Verrattuna ryhmässä toimiviin konkareihin koen olevani untuvikko.
Mutta tosiasia on, että työryhmän nykyisistä jäsenistä osa on elä-
köitymässä. Nyt on korkea aika miettiä Avoimen eettisen foorumin
toiminnan jatkuvuutta. Koko työryhmän yhteinen näkemys on, että
mahdollisuus eettiseen keskusteluun halutaan turvata myös tulevai-
suudessa. Tällaista väylää käsitellä ihmiseen ja ihmisyyteen liittyviä
asioita tarvitaan. Todennäköisesti nykyisessä muuttuvassa maailmassa
tarve vain kasvaa. Työryhmään karttuneen hiljaisen tiedon on siirryt-
tävä eteenpäin. Se ei siirry itsestään. Se ei siirry hiljaa. Se siirtyy kes-
kustellen ja yhdessä työstäen. Se edellyttää, että pallo otetaan kiinni,
kun heitetään. Kopin ottajia tarjoutui useita, mikä kuvastaa tahtoa
jatkaa työryhmän tekemää tärkeää työtä. Tapaamisiin siis foorumeilla
jatkossakin. Ja toivottavasti myös tulevaisuudessa foorumeilla käsitel-
tävät aiheet voidaan avata teille lukijoille teoksessa ”Näkökulmia ihmi-
seen ja ihmisyyteen, Vol. 2.”



31. AVOIN EETTINEN FOORUMI – NÄKÖKULMIA IHMISEEN JA IHMISYYTEEN

Maarit Hamunen

Alkuperäisjulkaisu: Suakkunat 1/2011. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän henkilöstölehti.

Foorumi muodostaa elävän virtauksen sairaanhoitopiirin organisaatiossa. Foorumi on virittänyt ja pitänyt yllä eettistä ja katsomuksellista keskustelua terveydenhuollon, ihmisen hoitamisen ja työyhteisön kysymyksistä. Foorumi avaa monipuolisesti näkökulmia ihmisenä olemiseen. Foorumissa vallitsee avoin, rohkea ja toiveikas ilmapiiri.

TEE HYVÄÄ JA VÄLTÄ PAHAA

Terveydenhuollon tehtävänä on edistää terveyttä, parantaa sairaita ja lievittää kärsimystä. Se, miten hyvän edistämisessä ja pahan välttämässä onnistutaan, on eettisesti herkan työn arvioinnissa keskeistä. Miten eettisesti arvokkaita - usein ristiriitaisiakin näkökulmia - saadaan käytännön ammattityössä sopimaan yhteen? Välillä yksittäisen potilaan, hänen lähiyhteisönsä ja yhteiskunnan normit saattavat olla pahasti törmäyskurssilla. Kenen ääni painaa päätännässä? Miten arvot ja asenteet ovat muuttuneet? Miten tämä haastaa alan ammattilaiset?

Terveys ja sen vaaliminen on yleisesti hyvin korkealle noteerattu ja keskeinen arvo. Potilaan roolissa olevalla on oikeus uskoa ja toivoa, että häntä

hoidetaan sekä ammatillisesti että eettisesti parhaalla mahdollisella tavalla; käytettävissä olevat menetelmät ja resurssit luovat tosin omat reunaehdonsa. Työyhteisön jäsenenä myös toivomme, että tulemme kohdelluksi asiallisesti ja oikeudenmukaisesti. Terveystieteiden ammattihenkilöllä on siten velvollisuus jatkuvasti päivittää omat eettiset työkalunsa. Työtä ohjaava lainsäädäntö, sovitut ammatilliset käytännöt, oma eettinen pohdiskelu ja kollegiaalinen apu auttavat usein eteenpäin. Kuntayhtymässä on kirjattu toimintaamme ohjaavat keskeiset arvot: ihmisarvo, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Eettiseen laadunarviointiin tarjoaa mahdollisuuden myös Avoin Eettinen keskustelufoorumi, joka on jo 10 vuoden ajan pitänyt yllä eettistä keskustelua ja joka on nostonut yhdessä tutkittavaksi jonkin tärkeän ihmisyyden puolen ja eettisen näkökulman. Kuntayhtymässä on aukikirjoitetut eettiset arvot.

VALTA TUO VASTUUTA

Terveystieteiden hoitoa pidetään melko hierarkkisenä järjestelmänä ja siihen liitetään myös kysymys vallankäytön oikeutuksesta. Potilas on monesti sekä tiedollisesti että psykologisesti riippuvainen häntä tutkivasta ja hoitavasta ammattihenkilöstöstä; suhde on asymmetrinen. Potilas-hoitaja -asetelma luo siten riippuvuuden ja mahdollistaa sekä potilaan kuulemisen ja perustellun, yksituumaisen päätöksenteon, mutta myös perusteettoman vallankäytön. Lukuisille ammattiryhmille onkin jo laadittu työtä ohjaamaan omat eettiset koodistonsa, joissa on myös paljon samaa. Potilaan turvaksi on myös lainsäädäntöä, kuten Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Käytännön työelämässä on valitettavasti kipeä tilanteita, joihin ei ole löydettävissä ”käsikirjamallia” siitä, miten toimia eettisesti ”oikein”. Epävarmuus, painava vastuu ja pyrkimys hyvään ja pahan välttämiseen, on tällöin seuranamme.

ARVON HEKIN ANSAITSEVAT

Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, jokaisen ihmiselämän arvokkuus, odotusten ja tarpeen mukaisen hoidon rajapinnat,

maan hiljaisten (mm. lapset, vanhukset ja syrjäytyneet) äänen kuuleminen, yhdenvertaisuus palvelujen saannissa, tuloksellisuus ja tehokkuus, ovat mm. teemoja, jotka puhututtavat. Kuka on oikeutettu saamaan hoitoa, millä aikataululla ja panostuksella? Voidaanko sairastumisesta syyllistää? Yksityinen vai julkinen hoiva ja hoito – kumpi parempi? Monesti arki/työelämässä sekä potilaana, omaisena ja ammattihenkilönä voimme olla tilanteessa, jossa esiin nousee keskenään ristiriitaisia näkökulmia, joiden paineessa on pyrittävä löytämään eettisesti kestäviä ratkaisuja. Ratkaisujen tekeminen on välillä kaikkea muuta kuin helppoa.

Tieto voi lisätä tuskaa hoitosuhteen molemmilla puolilla. Potilaiden tiedonhankintamahdollisuudet itse sairauksista, hoitokeinoista ja omista oikeuksistaan ovat huomattavasti lisääntyneet. Terveystieteiden ammattihenkilön näkemyksiä ollaan aikaisempaa valmiimpia kyseenalaistamaan, vaikka monia sairauksia pystytään paljon aiempaa tarkemmin havaitsemaan, tutkimaan ja hoitamaan. Tämä herkkä asetelma voi toisaalta viedä kehitystä eteenpäin, mutta myös monimutkaistaa hoidollista päätöksentekoa ja niihin liittyviä vuorovaikutustilanteita. Potilaat haluavat oikeita hoitotoimenpiteitä, mutta myös tulevaisuuden kohdelluiksi hyvin. Kuulluksi, kohdatuksi ja arvostetuksi tulemisen kokemus usein helpottaa, vaikka tilanne olisi tukala. Eettisesti haastavaa tilannetta joudutaan tarkastelemaan usein asianomaisten yksilön, hänen taustayhteisöjensä ja yhteiskunnan/lainsäädännön näkökulmasta.

PYSÄHTYMISPAIKKA

Avoin eettinen keskustelufoorumi on reilun kymmenen vuoden aikana tarjonnut paikan hypätä pois kiireisestä työn arjesta ja pysähtyä yhdessä pohtimaan ammattieettisiä ja yleisinhimillisiä kysymyksiä. Foorumin kuulijat ovat olleet etupäässä omaa henkilöstöämme, mutta myös ns. ulkopuolisia, eettisistä asioista kiinnostuneita. Foorumin formaattiin on kuulunut, että alustaja on kutsuttu joko henkilöstöstämme tai sairaalan ulkopuolelta. Monesti on ollut ilo kuulla alansa huippuosajia läheltä ja kaukaa. Alustajan tehtävänä on avata ensin näkökulmia ja välittää

tiedollista ja kokemuksellista tietoa valitusta aiheesta. Tämän jälkeen on ollut mahdollisuus käydä vuoropuhelua alustajan ja kuulijoiden kesken. Usein olemme voineet lähteä pois rikastuneena - uutta tietoa, uusia oivalluksia ja kokemuksia saaneina.

Foorumin teemat ovat käsitelleet ihmisen elämänkulun herkkien vaiheiden – elämän alun ja lopun, syntymän ja kuoleman – lisäksi hyvyyden ja pahuuden, terveyden ja sairauden, yksilön ja yhteisön kysymyksiä tieteen, taiteen ja henkisyyden näkökulmista sekä elämän alun ja lopun - syntymän ja kuoleman, hyvyyden ja pahuuden, terveyden ja sairauden, tieteen, taiteen, henkisyyden ja hengellisyyden kysymyksiä. Uskoa, toivoa ja rakkautta unohtamatta. Foorumimme historian suurimman yleisön veti Prinsessa-elokuva, joka oli toteutettu osin paikallisin voimin ja joka kertoi mielekkään elämän ja yhteisön merkityksestä myös sairastuneelle.

YHDYSHENKILÖT JA TYÖRYHMÄ

Sairaalapastori Paavo Juvonen oli foorumin alkuunpanija, pitkäaikaisin yhdyshenkilö ja keskeinen foorumin hengen ja ydinvirtauksen luoja. Hän paneutui tehtäväänsä aina antaumuksella tutustuen kirjallisuuteen, käsiteltävään aiheeseen ja itse alustajaan. Hän myös viritti aluksi arastelevan yleisön keskusteluun osuvilla kysymyksillään. Paavon eläkkeelle siirtymisen jälkeen yhdyshenkilöksi kutsuttu, sittemmin sairaalapastoriksi nimetty Leena Leppälä, sai vaativan jatkajan tehtävän ja onnistui siinä hyvin ”omilla saappaillaan”- tuoreella ja herkällä tyylillään ja Paavon tavoin hyvällä perehtymisellään. Leena joutui tuomaan myös ikävän suruviestin ja sai tehtävän lausua muistosanat juuri foorumin 10-vuotisjuhlan kynnyksellä edesmenneelle foorumimme isälle. Valitettavasti Leenan vetovastuu foorumissa päättyi paikkakunnalta muuton myötä loppuvuodesta 2010.

Yhdyshenkilön lisäksi foorumin toiminnasta vastaa moniammatillinen työryhmä, joka on tällä hetkellä seuraava: vatsaelinkirurgian

ylilääkäri Heikki Ahtola, toiminta- ja taideterapeutti Mirja Huusari-Kotilainen, sisätautien erikoislääkäri Anu Kareinen, vanhuspsykiatrian osastonhoitaja Auli Käyhkö, erikoishammaslääkäri, kuva-artsaani Maarit Pippola-Hatakka ja allekirjoittanut.

Työryhmämme kokouksessa pohdimme, mikä merkitys ja tehtävä foorumilla oikein on. Se saattaa eri alojen ammattihenkilöt tutustumaan toistensa työhön ja eettisesti tärkeisiin kysymyksiin. Se auttaa huomaamaan, että erilaisuudestamme ja erilaisista tehtävistä huolimatta meillä on paljon yhteistä. Se edistää suvaitsevuutta ja laajakatseisuutta. Se tarjoaa ajankohtaista tietoa. Se antaa mahdollisuuden tutustua mielenkiintoisiin persooniin ja alansa huippuosaajin. Se käynnistää itsetutkiskelua ja työpaikan yhteiskeskusteluja. Se edistää työhyvinvointia. Se on hyvä viesti ja virtaus organisaatiostamme ja sieltä ulospäin. Se auttaa oppimaan ihmisyydestä - meistä itsestämme.

VIRTAUS JATKUU - UUTTA JA VANHAA

Sairaalan johdon mahdollistamana ja tukemana Avoin Eettinen foorumi jatkuu myös syyskaudella 2011. Sairaalapastori Leena Leppälän jatkajaksi oli nyt löydettävä uusi foorumin yhdyshenkilö, joka olisi innovatiivinen, hyvillä vuorovaikutustaidoilla varustettu, idearikas, utelias, rohkea, ja mielellään jo kontakteja/kiinnostusta eri tieteenaloihin omaava henkilö, jolla olisi halu pohdiskella, keskustella ja ikään kuin kurkistella maailmaa koko ajan aistit valppaina, mistä löytyisi hyvä teema/huhuja/idea foorumiin.

Kevään 2011 yhdyshenkilönä minulla on ilo kertoa, että Avoimet eettiset foorumit (AEF) jatkuvat ja että olemme saaneet uuden yhdyshenkilön, Mikael Taylorin. Hän koordinoi toimintaa ensi syksystä alkaen ja ainakin tulevan vuoden yhdessä työryhmämme kanssa.

MINULLA OLI MAHDOLLISUUS HAASTATELLA MIKAELIA TÄHÄN UUTEEN TEHTÄVÄN LIITTYVISTÄ TUNNELMISTA.

Kerrotko kuka olet ja mistä tulet?

Olen nuori visionääri ja elämän ihmettelijä nimeltä Mikael Taylor. Koulutukseltani olen teologian kandidaatti ja opiskelen Itä-Suomen yliopistossa teologiaa neljättä vuotta. AEF:in kiehtovaan maailmaan sukselsin jo heti samana syksynä kun saavuin Joensuuhun opiskelemaan. Näin ollen olen saanut mahdollisuuden seurata foorumin toimintaa jo usean vuoden ajan ja perehtyä sen historiaan. Tutustuin myös foorumin aikaisempiin toiminnan vastuuhenkilöihin sairaalapastori Leena Leppälään sekä myös foorumin ensimmäiseen vetäjään, kunnianarvoiseen sairaalapastori Paavo Juvoseen.

Foorumin toimintaan en tule mukaan tyystin untuvikkona. Yliopistolla olen vetänyt perustamaani opiskelijoiden poikkitieteellistä foorumia jo kolme vuotta. Poikkitieteellinen Foorumi on tuonut eri tieteenalan opiskelijoita yhteen keskustelemaan tutkijoiden alustusten pohjalta tieteen, yhteiskunnan ja etiikan kysymyksistä. Tuo kokemus on tuonut kokemus- ja ajatuspakkiin mielekkäitä työvälineitä ajatellen AEF:n toimintaa. Kenties arvatenkin, etiikkaan ja arvoihin liittyvät teemat ovat lähellä sydäntäni ja jatkuvana mielenkiinnon kohteena.

Millä mielin aloitat uudessa tehtävässäsi?

Yhdyshenkilön toimen aloitan nöyränä. Oppimista on varmasti paljon. Silti tulen mukaan hyvällä itseluottamuksella sekä uskon ja toivon tuovani mukanani uusia mielekkäitä ja raikkaita sävyjä AEF:n toimintaan. Foorumin vahva perusrunko huippu-alustajineen ja puhuttelevine teemoineen sekä dialogisuudenhenki ovat toiminnan ydintä myös jatkossa. Visioni on kuitenkin, että foorumin toiminta voisi muodostua entistä elävämmäksi virtaukseksi sairaanhoitopiiriin työntekijöiden keskuudessa ja eri työalojen välillä.

Mitä suunnitelmia sinulla on tulevalle kaudelle?

Ideana on, että foorumissa saadut oivallukset ja kokemukset löytäisivät entistä rikkaammin tiensä työntekijöiden arkea palvelemaan. Tätä pyritään toteuttamaan suunnitteilla olevien uusien nettisivujen tarjoamien mahdollisuuksien kautta. Sinne tullaan esimerkiksi keräämään foorumeissa kertynyttä viisautta eläväksi arkistoksi. Erilaisia ”koukkuja” ja hieman uusia ”mausteita” tultaneen näkemään myös itse tilaisuuksien yhteydessä. Lisäksi tiedotuskanavia tullaan kehittämään ja monipuolistamaan.

Syksyn alustavat teemat ovat selvillä ja nyt selvitetään sopivien alustajien mukaan saamista. Suunniteltuja teemoja ovat: Geenitutkimus ”lääketieteen tulevaisuus ja pelastus?”, Unenmaailma? - unen ja unien merkitys, Hoivaava musiikki sekä Ihmeiden mahdollisuus ja merkitys terveydenhuollon kontekstissa.

32. PAAVO JUVONEN MUISTOKIRJOITUS

Leena Leppälä

Alkuperäisjulkaisu: Suakkunat 2/2009. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän henkilöstölehti.

PAAVO JUVONEN – KUUNTELIJA JA ELÄMÄNKULKIJA

Rovasti, sairaalapastori Paavo Juvonen työskenteli Pohjois-Karjalan keskussairaalan sairaalapappina 20 vuotta. Vielä eläkkeelle jäätyään Paavo jatkoi vuonna 1999 aloittamansa Avoimen eettisen keskustelufoorumin vetäjän tehtävissä ja viimeiset vuodet aktiivisena osallistujana ja keskustelijana. Paavo odotti syyskuun 14. päivänä pidettyä Avoimen eettisen keskustelufoorumin huipennusta, 10-vuotisjuhlaa, innokkain mielin. Olihan hän osallistunut jo kuukausia aikaisemmin juhlatilaisuuden sisällön suunnitteluun ja oli koko foorumin ”isänä” lupautunut myös yhdeksi, varsin itseoikeutetuksi, juhlapuhujaksi. Toisin kuitenkin kävi: Paavo menehtyi 13.9.2009, vain päivää ennen juhlatilaisuutta. Paavon toiveiden mukaisesti tilaisuus kuitenkin järjestettiin. Juhlatilaisuuden aluksi osallistujat hiljentyivät kunnioittamaan kallisarvoisen työkaverin ja rakkaan ystävän poismenoa pienen muistohetken myötä. Paavo ei ollut fyysisesti paikalla, mutta kuten eräs osallistujista kiteytti: Paavo oli kuolemansa kautta hyvin väkevästi läsnä. Hänen äkillisen poismenonsa pakotti pysähtymään myös eettisten ydinkysymysten äärelle: pohtimaan ihmiselämän rajallisuutta ja haurautta, hiljentymään arjen pienten, yhdessä jaettujen hetkien ohikiitävyyden ja ainutlaatuisuuden edessä.

Paavo itse kuvaili pappisuransa, ehkä myös ihmisenä kasvamisensa, kehityskaarta niin, että hänen tehtävänsä muuttui vuosien varrella julistajasta kuuntelijaksi. Hän olikin monelle tärkeä sielunhoitaja, opettaja ja tiennäyttäjä. Paavolla oli taito nähdä elämän kauneus luonnossa ja

koko ihmiselämässä sen kaikessa keskeneräisyydessään ja karheudessa. Paavon tapa lohduttaa ja auttaa oli paitsi syvää kunnioitusta autettavaansa kohtaan, hiljaista läsnäoloa ja kuuntelemisen taitoa, myös jatkuvaa kutsua ihmettelemään kanssaan Luojan kätten taidokkuutta, arvaamatonta, sykähdyttävää ja lopultakin arvoitukselliseksi jäävää näytelmää nimeltä Elämä.

Paavo löysi paikkansa yhtä hyvin yksinäisen vanhuksen sairaushuoneen hämärästä toivon tuojana kuin monisatapäisen yleisön edestä arvostetun kouluttajan ja puhujan tehtävissä. Samalla vilpittömyydellä, nöyryydellä ja loputtomalla halulla oppia lisää elämän salaisuuksista ja haastaa läsnäolijat keskusteluun, yhteiseen pohdiskeluun ja oivallusten riemuun. Paavo valloitti hyvin erilaisista taustoista tulevia ihmisiä, erilaisissa elämäntilanteissa, suurten ja pienten kysymysten äärellä. Paavo oli todellinen kirjallisuuden rakastaja ja suurkuluttaja. Hän jakoi mielellään ajatuksiaan lukemistaan teoksista, suosittelee kohdalleen osuneita kirjallisia helmiä ja siteerasi tarkkasanaisesti lukemaansa. Ei koskaan ulkoa opetellusti toistaen, vaan aina lukemaansa pohdiskellen, sanoja maistellen ja niistä aidosti iloiten tai niitä hämmästellessä.

Eräässä tilaisuudessa Paavo lausahti kerran katkelman Pentti Saarikosken runosta. Säkeet kuvastivat mielestäni hyvin sellaista mielen tyyneyttä ja rauhaa, joka Paavosta luonteenomaisesti heijastui myös lähellä oleviin ihmisiin. Paavon seurassa tuntui monesti siltä, että omat, solmussa olleet ajatukset selkiytyvät, levollisuus lämmitti mielen ja erotessa oli jälleen matkaevästä elämäntapaleille. Tuntui, että oli ollut oikeassa paikassa.

”Ajattelin ajatuksia, jotka sopivat minulle, kävelin metsässä, ja puista satoi pisaroita päälleni, tulini milloin mihinkin, ja tiesin, että aina olin oikeassa paikassa” (Pentti Saarikoski: Kokoelmasta Kuljen missä kuljen)

33. ELÄMÄNKAARI – KESKUSTELUJA PAAVON KANSSA

Maarit Pippola

Alkuperäisjulkaisu: Suakkunat 2/2009. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän henkilöstölehti.

Ihminen jättää jälkeensä pieniä ja suuria muistijälkiä, merkityksiä. Sanoja ei tarvitse hakata kiveen, jotta ne jäisivät elämään. Sana tai sanat voivat elää ajatuksina, mietteinä, virtana. Voi syntyä puro, joki jopa koski, joka kuljettaa mukanaan, polveilee, poikkeaa poukamaan ja jatkaa taas matkaansa. Aivan kuin virran mukana kulkisi jotakin, jonka on pakko edetä ja kasvaa: voima, sanoma...matkalla jonnekin - minne?

Muistijälkiä, merkityksiä syntyy kohtaamisista, joista jotkut kestävät vain hetken, jotkut koko ihmiselämän. Minulle lyhyet keskusteluhetket Paavon kanssa ovat jättäneet syviä muistijälkiä. Pohdin parin vuoden takaisia eettisen foorumin teemoja ja niistä virinneitä keskusteluja. Mieleeni nousee joitakin hetkiä ylitse muiden. Keskustelimme elämästä ja mm. sairaanhoidon eettisyydestä. Pohdimme elämää ja elämänkaarta. Sitä kuinka elämä on aina kaari, joka alkaa syntymällä ja päättyy kuolemaan. Olemme tottuneet ajattelemaan, että elämään kuuluu mahtua lapsuus – nuoruus – aikuisuus – ikääntyminen. Haluamme täyttää eri ikävaiheet tavanomaisilla asioilla, aivan kuin ilman niitä elämä olisi vajaa. Ajattelemme, että elämä voi jäädä kesken. Mutta voisiko olla niin, että oli elämä sitten lyhyt tai pitkä, se on aina täysi elämä, joka muodostaa elämänkaaren?

Kävimme erään alustuksen jälkeen keskustelua rakkaudesta ja sen eri muodoista. Mitä rakkaus on? Mitä rakkaus voi saada aikaan? Ja tekeekö

kaikki rakkaus hyvää vai voiko olla tuhoavaa rakkautta? Pohdimme yhdessä, että meidän pitäisi tunnistaa mitä rakkaus saa aikaan, millainen rakkaus tekee hyvää. On rakkautta, joka voimaannuttaa ja on rakkautta, joka ei tee hyvää, se hajottaa. Ja pohdimme, kuinka tuhoava rakkaus pitäisi kyetä torjumaan. Paavo osasi aina mainita kirjallisuudesta esimerkkejä ja nytkin hän kertoi kirjoista, joissa on tarinoita rakkaudesta, jonka varjolla tehdään hirveitä asioita.

Jäin pohtimaan rakkauden teemaa. Kuinka yksinkertaista rakkaus loppujen lopuksi on. Ydinkysymys rakkauden voimasta ja vaikutuksesta: kun rakastaa ja saa vastarakkautta se voimaannuttaa ja saa ihmeitäkin aikaan. Me itse annamme sanoille ja asioille merkityksiä – pieniä ja suuria. Paavo jätti sanoillaan ja ajatuksillaan monia asioita elämään.

34. LEENA LEPPÄLÄN HAASTATTELU

Päivi Lång

Alkuperäisjulkaisu: Suakkunat 2/2007. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän henkilöstölehti (haastattelu julkaistaan tässä yhteydessä AEFia koskevin osin).

SAIRAALAPASTORI LEENA LEPPÄLÄ EETTISEN FOORUMIN YHDYSHENKILÖKSI

Uudet kasvot

Leena Leppälä aloitti syksyllä työskentelyn sairaalapastorina ja samalla myös eettisen foorumin vastuuhenkilönä. Ensimmäisen foorumin jälkeisessä tunnelmissa Leena vastaili esitettyihin kysymyksiin. Sinut on nimetty eettisen foorumin vastuuhenkilöksi. Onko foorumissa odotettavissa uusia tuulia? Eettisen foorumin työryhmässä on tapahtunut hieman henkilömuutoksia, kun jäseniä jää tai on jäämässä eläkkeelle. Työryhmän kanssa on hyvin inspiroivaa työskennellä; jäsenet ovat innokkaita pohtimaan hyvin erilaisia elämän osa-alueita ja ryhmällämme on myös monenlaisia henkilökohtaisia yhteyksiä erilaisten asiantuntijoiden kanssa, aina taiteesta ja kulttuurista moniin tieteen huippuammatilaisiin. Tämä takaa hienoja vierailijoita ja kiinnostavia foorumeita jatkossakin.

Mikä on mielestäsi eettisen foorumin merkitys?

Sairaala on työpaikkana hyvin hektinen ja monien työ perustuu käden taitoihin ja erilaisiin hoitotoimenpiteisiin. Vaikka halua olisikin, ei aika välttämättä riitä pohdiskeluun tai keskusteluun. Jos perustyön lisäksi ei pyri avartamaan katsontakantaansa, jää moni kiehtova ja hyödyllinen-

kin näkökulma huomaamatta ja elämä saattaa pyöriä hoitotyön ja lääketieteen ympärillä. Eettinen foorumi tarjoaa mahdollisuuden pohtia asioita uudelta näkökulmilta. Eettinen foorumi myös tukee sairaalan henkilökunnan yhteishenkeä; foorumeille osallistuvat eri työtahojen edustajat laidasta laitaan. On kiehtovaa havaita, kuinka pohdiskelijoita löytyy yhtä hyvin vaikkapa ravintohuollon henkilöstöstä kuin sairaalan johtoryhmän jäsenistä. Jokaisessa meissä taitaa asua ”pikkuinen filosofi”!

Ensimmäinen eettinen foorumi on juuri takana. Millaiset ovat tunnelmasi?

Olen tyytyväinen syksyn ensimmäiseen eettiseen foorumiin, jossa sain olla vetäjänä ja myös toisena alustajana. Kävimme psykiatrian ylilääkäri Antti Liuskan kanssa alustuksissamme eräänlaista teologian ja psykiatrian vuoropuhelua. Aiheena oli: ”Kun mieli sairastuu – auttaako usko?”. Foorumin jälkeen tuli palautetta, että aiheesta onkin jo kaivattu avointa keskustelua ja ehkäpä jonkinlaista jatkoakin saattaa olla luvassa.

Työssäsi kohtaat paljon surua ja kuolemaa. Miten varmistat oman jaksamisesi? Miten pidät huolta itsestäsi?

Oman perheen lisäksi elämäni keskeisiä asioita ovat usko, luonto ja kokonaisvaltainen omasta ja lähimmäisteni terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen. Harrastan säännöllisesti liikuntaa, kirjoittamista ja lukemista. Teologian ja lääketieteen ammattikirjallisuuden lisäksi luen monipuolisesti proosakirjallisuutta. Olen opetellut luottamaan siihen, että saan toimia pappina ja ”Jumalan työrukkasena” juuri tällaisena kuin olen. Olen elämäkatsomukseltani salliva, enkä aseta ehtoja sille, kuka saa pyytää apua ja turvaa kristinuskosta. En kyseenalaista toisten näkemystä, enkä vaadi muita ajattelemaan kuten minä. Omalle jaksamiselleni on tärkeää, että itse koen sydämessäni tekeväni työtäni vilpittömin mielin. Haluan työssäni uskoa siihen mitä teen ja luottaa, että ihmisillä on kaipuu johonkin inhimillisesti käsittämättömään, ihmistä suurempaan, ikaikuiseen turvaan. Muistutan itseäni yhä uudelleen siitä,

että en toimi koskaan, vaikeissakaan tilanteissa, yksin. Julistamani Jumalan rakkaus ja tuki ovat myös minulle henkilökohtaisesti tarkoitettut.

*Leena Leppälä toimi foorumin yhdyshenkilönä/koordinaattorina vuosina 2007–2010.



KIRJOITTAJAT

Ahtola, Heikki

lääkäri

Airaksinen, Timo

käytännöllisen filosofian emeritusprofessori

Cacciatore, Raisa

lastenpsykiatri, nuorisolääkäri, Väestöliiton asiantuntijalääkäri

Elonheimo, Ville

monikulttuurisuustyön koordinaattori, YTM,
Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry,
Joensuun Global Clinicin koordinaattori

Hallamaa, Jaana

sosiaalietiikan professori, Helsingin yliopisto
Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan
(ETENE) puheenjohtaja

Hamunen, Maarit

vastaava psykologi, PsL

Heikkinen, Heli

kliinisen hoitotyön asiantuntija

Hiilamo, Kirsi

perheneuvoja TM, psykoterapeutti, paripsykoterapeutti

Huusari-Kotilainen, Mirja

toimintaterapeutti, kuvataide- ja psykoterapeutti

Juuti, Mari

pediatri, neonatologi, apulaisylilääkäri

Kangas, Maiju

PsT, KTM

Kareinen, Anu

sisätautien erikoislääkäri

Karhe, Liisa

TtT

Kekomäki, Martti

terveyden- ja sairaanhoidonhallinnon emeritusprofessori

Kinnunen, Taina

ma. kulttuuriantropologian professori, kouluttaja

Knuuttila, Seppo

perinteentutkimuksen emeritusprofessori

Koskela, Virpi

FT, luovien alojen nomadi

Lehtinen, Torsti

kirjailija, filosofi

Lämsä, Riikka

VTt, sh, yliopistonlehtori (HY), erikoistutkija (THL)

Lång, Päivi

HR-sihtööri (aiemmin henkilöstölehdien toimitussihtööri)

Myllykangas, Markku

terveys sosiologian dosentti

Mäki, Teemu

taiteilija, kirjailija, teatteriohjaaja ja tutkija

kuvataiteen tohtori

Suomen Taiteilijaseuran puheenjohtaja

Pippola, Maarit
erikoishammaslääkäri

Pälve, Heikki
Lääkintöneuvos
LKT, anest. El.

Reinikainen, Matti
Anesthesiologian ja tehohoidon professori, Itä-Suomen yliopisto;
Ylilääkäri, Kuopion yliopistollinen sairaala,
Anesthesiologian ja tehohoidon osaamiskeskus
Pohjois-Karjalan keskussairaalan teho-osaston
osastonylilääkäri / ylilääkäri vuosina 2006-2018

Rissanen, Päivi
VTT

Vänni, Ville
traumakirurgi

Salonen, Arto O.
apulaisprofessori, dosentti
Suomen kestävän kehityksen asiantuntijapaneelin jäsen

Savolainen, Miina
voimauttavan valokuvan menetelmän kehittäjä
TaM, sosiaalikasvattaja

TOIMIJAT 1999 – 2019

Koordinaattorit (yhdyshenkilöt):

Paavo Juvonen, foorumin isä (1999 – 2007)

Leena Leppänen (2007 – 2010)

Maarit Hamunen (kevät 2011)

Mikael Taylor (syksy 2011 –)



Eettisen foorumin työryhmälle myönnettiin Myö ja Työ -kehittämispalkinto vuonna 2012. Kuva on otettu Pohjois-Karjalan keskussairaalan 60-vuotisjuhlassa 22.2.2013.

Työryhmän jäsenet vuosina 1999 – 2019:

Heikki Ahtola (perustajajäsen)

Pekka Ropponen (perustajajäsen)

Pentti Antila

Elina Bertel

Maarit Hamunen

Heli Heikkinen

Mirja Huusari-Kotilainen

Pirkko Jokinen

Anu Kareinen

Pirkko Keskisärkkä

Auli Käyhkö

Leena Laurikainen

Marja-Leena Maljojoki

Sinikka Mononen

Anni Mäkelä

Maarit Pippola

Virva Pellinen

Katriina Päivinen

Arja Pöntinen-Heinonen

Ilkka Raittila

Tuija Saarinen-Härkönen

Arja Savelius

Riikka Valjakka

AVOIN EETTINEN FOORUMI 1999 – 2019

SYKSY 1999

- 20.9. Ammattina auttaja – syntykökokemuksesta viisautta ja voiko sitä siirtää
Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri ja
Heikki Ahtola, kirurgian osaston ylilääkäri
- 18.10. Priorisoinnin etiikka – terveyden ja sairauden valinnat
Juha Kinnunen, THT, professori
- 15.11. Auttamisen ja hoitamisen ylevyys – tuotammeko kärsimystä
sairaanhoitajat Arja Savelius ja Marja-Leena Maljojoki
- 20.12. Omaisen kokemus, kertomus läheisen sairaudesta
Alustus: omaisen puheenvuoro

KEVÄT 2000

- 17.1 Vastaanottokeskustelua tutkimassa – näkökulmia
institutionaalisuuteen
Tuija Liisa Turtiainen, LL, fil.yo & Pekka Turtiainen, erikoislääkäri
- 21.2. Kuinka monesta solusta alkaa elämä?
Minna Kauko, LKT, ylilääkäri
- 20.3. Lääkäri kuuntelee – mutta kuuleeko hän?
Raimo Puustinen, erikoislääkäri
- 17.4. Humanismia vai ekonomiaa terveydenhuollossa?
sairaanhoitajat Marjatta Leppänen ja Sirkka Lehikoinen

SYKSY 2000

- 18.9. Sitoudunko ”laatuprojektiin” – toiminnan kehittämiseen?
osastonylilääkärit Pentti Antila ja Heikki Ahtola sekä
Marja-Leena Maljojoki, osastonhoitaja
- 16.10. Potilaan ja lääkärin välisestä suhteesta
Heikki Ahtola, osastonylilääkäri
- 20.11. Taide hoitosuhteen tutkimisen välineenä
Raimo Puustinen, erikoislääkäri
- 18.12. Pakottaminen hoitoon – vallankäytön vai vastuunkannon väline?
Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri ja
Sari Karlsson, sairaanhoitaja

KEVÄT 2001

- 15.1. Vastuullisuus hoitotyössä, pohdintaa teorian ja kokemusten
näkökulmasta
Sinikka Vara, ylihoitaja ja Kirsti Päivinen, osastonhoitaja
- 19.2. Genetiikka ja kantasolututkimuksen haasteet:
kuka omistaa geenimme, seulontojen etiikka, ihmisen
varaosahuolto, sikiöiden käyttö kantasolujen hankinnassa
Martti Lindqvist, TT, dosentti
- 19.3. ”Olen vaiti ja huudan” – ihmisenä olemisen peruskysymyksiä,
näkökohtia ja kysymyksiä
Paavo Juvonen, sairaalapastori
- 23.4. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon filosofinen, eettinen ja
teologinen tausta: Inhimillisyyden ja tekniikan ristiriita
Kalervo Nissilä, TT, dosentti

SYKSY 2001

- 17.9. Arvot puntarissa - arvot kuntayhtymän strategiassa,
hoitotyön arvot ja periaatteet
Sinikka Vara, ylihoitaja & Pirkko Keskisärkkä, hallintoylihoitaja
- 15.10. Arvot repussa – arvoreppu: kevyt vai raskas?
sairaanhoitajat Kaija Nevalainen ja Leena Riikonen sekä
Marja-Leena Maljojoki, osastonhoitaja
- 19.11. Mikä ihminen – ihmiskäsityksiä: hoitotyön taustalla olevien
ihmiskäsitysten kriittistä pohdiskelua ja arviointia
Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri
- 17.12. Luonto, ihminen ja taide
Jyrki Puhakka, kuvataiteilija

KEVÄT 2002

- 21.1. Intuitio ja hiljainen tieto: Intuitio ja hiljainen tieto käsitteinä
ja tutkimuksellisen mielenkiinnon kohteina.
Raija Nurminen, TtT, rehtori
- 18.2. Arvostava haastattelu
Eija Laine, NLP-kouluttaja, perheterapeutti ja työnohjaaja
- 18.3. Oikeassa olemisen valheellisuus: kenen kielellä puhumme,
kun hoidamme?
Hannu Urjanheimo, sairaanhoitaja
- 15.4. Syyllisenä vai häpeissään? Voiko syyllisyydestä ja häpeästä päästä
vai pitääkö niiden kanssa tulla toimeen?
Paavo Kettunen, käytännöllisen teologian professori

SYKSY 2002

- 16.9. Ihmisen vapaus – unelmako vain?
Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri &
Heikki Ahtola, kirurgian osaston ylilääkäri &
Paavo Juvonen, sairaalapastori
- 21.10. Miten voin hyvin? Missä ilo? ”Laulaako vesi?”
Paavo Kärkkäinen, NLP-practitioner-kouluttaja
- 18.11. Infoetiikan kysymyksiä terveydenhuollon tietojärjestelmässä
Erkki Sutinen, tietojenkäsittelyn professori
- 9.12. Hengellisyys hoitotyössä: Hengellisyys elämässä ja työssä
Riitta Keskikuru, onkologian ylilääkäri &
Maarit Hamunen, psykologi &
Maarit Laukkanen, sairaanhoitaja &
Paavo Juvonen, sairaalapastori

KEVÄT 2003

- 20.1. Ruumiin evankeliumi: ihmisen henkinen pahoinvointi,
kivun sanoma, mielen ja kehon yhteys
Antti Heikkilä, ortopedi, kouluttaja, kirjailija
- 17.2. Kokemuksia Afganistanissa: kuvia ja kohtaamisia, vaikutelmia
ja kysymyksiä
Minna Kauko, ylilääkäri
- 17.3. Johtoryhmä arvojen äärellä.
Pentti Itkonen, kuntayhtymän johtaja &
Pertti Palomäki, johtajaylilääkäri &
Pirkko Keskisärkkä, hallintoylihoitaja

- 14.4. Kansainvälinen oikeudenmukaisuus – utopiaa vai realismia?
Arttu Puhakka, YTM

SYKSY 2003

- 15.9. Työyhteisön kysymyksiä: henkilöstöjohtamisen haasteet
työyhteisön ikääntyessä – onko meillä keinoja selviytyä?
osastonhoitajat Timo Palander ja Merja Parkkinen
- 20.10. Miksi yhteisvastuuta (human solidarity) on vaikea toteuttaa?
Uskonto- ja kulttuuridialogi kymmenen vuotta Chicagon
julistuksen jälkeen
Reijo E. Heinonen, professori
- 17.11. Läsnaolon voima: Eckhart Tollen kirjan kommentointia ja ajatuksia
ylilääkärit Minna Kauko ja Pentti Antila,
käyttöpäällikkö Martti Tolvanen ja
sairaanhoitajat Tuomas Mäkelä ja Vuokko Väistö
- 15.12. Kiehtova mieli. Mielen alkuperä. Mitä on minuus?
Kalervo Salmi, neurologian emeritusylilääkäri

KEVÄT 2004

- 19.1. Seksin sielu. Kuinka voin olla kosketuksissa omaan eroottiseen
sieluuni, itseeni?
Leena Hattunen, seksuaaliterapeutti, kouluttaja
- 16.2. Oma eettinen polkuni – valinnat elämässä ja työssä
sairaanhoitajat Virva Pellinen, Leena Naumanen,
Marke Tarvainen ja siivoustyönjohtaja Teija Martikainen sekä
osastonhoitaja Pirkko Jokinen

- 15.3. Mikä tässä elämässä on tärkeintä?
Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri
- 19.4. Hengellisyys hoitotyössä
sairaanhoitajat Marjut Laukkanen, Jaana Pasanen, Tuomas Mäkelä

SYKSY 2004

- 20.9. Työelämän tulevaisuuden haasteet ja mahdollisuudet
Anneli Pikkarainen, laboratorionhoitaja &
Auli Käyhkö, osastonhoitaja &
Hillevi Rautiainen, sairaanhoitaja &
Maarit Hamunen, preventiopsykologi
- 18.10. Filosofianopettajista viisain on kuolema
Torsti Lehtinen, filosofi, kirjailija
- 15.11. Kipu ja kärsimys - kivun monet kasvot
Päivi Sutinen, fysiatrian ylilääkäri kommenttipuheenvuorot:
”Kipupotilaan depressio ja depressiivisen potilaan kipu ja
itsemurhavaara.”
ylilääkäri Pirjo Kettunen (psykiatria) ja
apulaisylilääkäri Sakari Syväoja (anestesia)
- 13.12. Tyhmyyden välähdyksiä ja muutakin viisautta.
Paavo Juvonen, sairaalapastori + työryhmä ja työtoverit

KEVÄT 2005

- 17.1. Sairaanhoitajan kertomuksia vakavasti sairaan ihmisen
kärsimyksistä ja toivosta
sairaanhoitajat Raija Virolainen, Päivi Ritari,
Marke Tarvainen, Pirjo Karjunen, osastonhoitaja Kirsti Päivinen

- 21.2. Sairaanhoidopiirin arvot ja toimintaperiaatteet:
arvot käytännön esimerkkien valossa
Arvotyöryhmä
- 21.3. Onko mielen tasapaino mahdollista saavuttaa ja säilyttää
tässä maailmassa?
Paavo Juvonen, sairaalapastori, aiheesta
”Mielen tasapainon etsijän polkuja.” ja
Tapio Haapaniemi, YHT, aiheesta:
”Stoalaisen filosofian vastauksia ja opetuksia mielen
tasapainon saavuttamisesta.”
- 18.4. Miten kuoleman kysymys tulee kohdatuksi elämän
historiassa? Ammattina ihminen - lääkärinä kuolevan vierellä
Juha Mustonen, LT, ylilääkäri

SYKSY 2005

- 19.9. Kutsumuksen kalpeat kasvot
Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri
- 17.10. Lääkärin etiikan työkalupakki +
Onko aika ajanut ohi lääkärin etiikan?
Samuli Saarni, Lääkärin etiikka -teoksen päätoimittaja, lääkäri,
kommenttipuheenvuoro: Heikki Ahtola, ylilääkäri
- 21.11. Arvoseminaari: tasa-arvo ja yhdenvertaisuus
Ritva Halila & tasa-arvotyöryhmän jäsenet
- 19.12. Mistä lähteistä ammennan energiaa ja uskoa elämään?
Alustus: sairaanhoitajat Sisko Tiirinen, Eila Hakkarainen,
Leena Naumanen ja osaston ylilääkäri Pentti Antila

KEVÄT 2006

- 16.1. Ihmisen matka varjojen maasta kohti valoa: omakohtainen kertomus elämän rajatilanteesta, kriisistä ja toipumisesta.
Arttu Puhakka, YTM
- 20.2. Häpeän monet kasvot
Ben Malinen, TM, tutkija
- 20.3. Pyhyiden paluu ja spiritualiteetti. Kysymys kokonaisuuksien hahmottamisesta ja merkitysten löytämisestä.
Pauliina Kainulainen, TT, pastori
- 24.4. Sairauden puhuttelevuus
Virpi Hämeen-Anttila, kirjailija, tutkija

SYKSY 2006

- 11.9. Ihmisarvo. Omakohtainen kertomus ihmisarvon ja itsetunnon menetyksestä ja uudelleen rakentamisesta.
Alustus: Päihdeongelmaisten naisten hoitokoti Tuhkimon perustaja Saara Ketolainen
- 23.10. Hyvän iltapäivä: Hoitamisen hyvä, työyhteisön hyvä, laadun hyvä, strategian hyvä.
Alustus: johtaja Pertti Palomäki, ylilääkäri Risto Lantto, osastonhoitaja Kirsti Päivinen, preventiopsykologi Maarit Hamunen
- xx Teon hyvä + Toiminnan eettisyys luottamuksen luomisessa.
Jaana Venkula, sosiaalipsykologi, vapaa tutkija, kouluttaja

20.11. Seksuaalinen häpeä ja hengelliset kysymykset
Teemu Ratinen TM, tutkija

18.12. Ajattelen – olen siis psykiatri
Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri

KEVÄT 2007

22.1. Santiagon unelma: tarina omien unien ja keskiaikaisten
kertomusten saattelemasta matkasta
Tapani Tukiainen, sairaalapastori, psykoterapeutti

19.2. Tekemisen taito – ammatillisuus. Syntyykö kokemuksesta
viisautta ja voiko sitä siirtää?
Helena Sihvola hygieniahoitaja & Martti Vaskonen, laiteasentaja
& Pirjo Lampio-Juvonen, ylihoitaja

19.3. Oikeuslääketieteellinen kuolinsyyn selvittely + kuoleman
seuraukset omaisille ja viranomaisille
Kari Karkola, oikeuslääketieteen erikoislääkäri

16.4. Hyötyykö Vicliff Otieno suomalaisen kirurgin visiitistä Afrikkaan?
Kertomus lähimmäisen auttamisesta
Tapio Hakala, kirurgian ylilääkäri

SYKSY 2007

17.9. Kun mieli sairastuu - auttaako usko? Uskon ja uskonnon
merkityksestä mielenterveyspotilaan voimavarana ja toisaalta
mieltä kuormittavana asiana
Antti Liuska, psykiatrian erikoislääkäri ja TM,
sairaalapastori Leena Leppälä

- 8.10. Potilaan kohtaamisen filosofia + Rajatilojen filosofiaa
Torsti Lehtinen, filosofi, kirjailija
- 19.11. Tuntemattomasta tutuksi – kun kulttuurit kohtaavat
Kirsti Sainola-Rodriquez, sairaanhoitaja, osastonhoitaja aiheesta
”Yhteinen näkemys hoidon tarpeesta” ja
Riitta-Liisa Koponen, erityisopettaja aiheesta
”Kuka on lähimmäisesi?”
kommenttipuheenvuoro: Anna-Maija Salmi, lääkäri
- 17.12. Sairaus, kärsimys ja toivo kaunokirjallisuudessa
Riitta Papunen, FM, kirjallisuusterapeutti,
Maarit Hamunen, psykologi ja Sari Leinonen, lääkäri.
Emeritussairaalapastori Paavo Juvonen tarjoaa katsauksen aihetta
käsittelevään kirjallisuuteen.

KEVÄT 2008

- 21.1. Rakkauden muodonmuutokset Kuinka ymmärrämme ja
miellämme rakkauden, parisuhteen ja niiden variaatiot?
Jouko Kiiski, TT, dosentti, perheterapeutti, työnohjaaja
- 18.2. Ihmisarvo, Tasa-arvo, Oikeudenmukaisuus, Luottamus:
kuntayhtymän toiminnan arvopohja.
Pirjo Kontio, kehittämisspäällikkö ja
Pirjo Lampio-Juvonen, ylihoitaja
- 17.3. Totuuden, uskomusten, varman ja epävarman tiedon
lainalaisuuksia vai psykoterroria?
Hannu Lauerma, psykiatrisen vankilasairaalan vastaava ylilääkäri,
psykoterapeutti, dosentti
- 21.4. Valta ja vallattomuus yhteisöissä ja ihmissuhteissa
Auli Käyhkö, osastonhoitaja ja
Paavo Juvonen, emeritussairaalapastori

SYKSY 2008

- 15.9 Onko sairastamisessa mitään hauskaa?
Seppo Knuuttila, perinteentutkimuksen professori
- 13.10 Elinsiirtoihin liittyvät eettiset kysymykset
Krister Höckerstedt, HYKS:n elinsiirto- ja maksakirurgian
klinikan ylilääkäri, professori
- 10.11. Pakon käyttö ja itsemäärääminen nuorisopsykiatrisessa hoidossa
Riittakerttu Kaltiala-Heino, TAYSin nuorisopsykiatrian
vastuualueen johtaja, dosentti
- 8.12. Paljastava taide. Millaisia haasteita kohdataan, kun taidetta
suunnitellaan sairaalaan?
Alustus: Seppo Väänänen, projektin ohjaaja, taiteiden maisteri,
yhteisötaiteen asiantuntija sekä kuvataide- ja muotoiluopiskelijoita.
Yhteiskeskustelussa myös projektin ohjaajat, kuvataiteilijat
Teijo Karhu ja Jokke Saharinen sekä
tekstiilitaiteilijat Aino Lampio ja Riitta Turunen

KEVÄT 2009

- 20.1. Tehohoitoon ja kriisitulanteisiin liittyvät eettiset kysymykset
Matti Reinikainen, teho-osastonylilääkäri ja
Maarit Hamunen, psykologi
- 9.2. Vanhusten terveydenhuoltoon liittyvät eettiset kysymykset
Auli Käyhkö, osastonhoitaja psykiatrian osastolta ja
Heikki Hyvärinen, yleislääketieteen erikoislääkäri, geriatria
erikoistuva lääkäri

- 16.3. Pahuus
 Matti Tolvanen, OTT, rikos- ja prosessi-oikeuden professori
 Paneelikeskustelu Pahuuden teemasta:
 Matti Tolvanen, professori &
 Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri &
 Jaana Rossinen, rikosuhripäivystyksen Itä-Suomen aluejohtaja &
 Ritva Ropponen, kriisikeskuksen johtaja, kriisi- ja
 traumapsykoterapeutti &
 Maarit Hamunen, psykologi
- 20.4. Lihaan leikattu kauneus - kosmeettisen kirurgian
 ruumiillistuneet merkitykset
 Taina Kinnunen, FT, kulttuuriantropologian lehtori
 kommenttipuheenvuoro: Hilve Turunen, plastiikkakirurgi

SYKSY 2009

- 14.9. Avoin Eettinen Keskustelufoorumi 10 vuotta!
 ”Ammattina auttaja – syntykö kokemuksesta viisautta
 ja voiko sitä siirtää?”
 Pekka Ropponen, lääkäri ja
 Heikki Ahtola, lääkäri
- 19.10. Hengellisyys hoitotyössä – toivoa toivottomuuteen
 Marjatta Haapaniemi, ylihoitaja ja Tapio Haataja, sairaalapastori
- 16.11. Maailman ihanin tyttö
 Miina Savolainen, sosiaali- ja taidekasvattaja, valokuvataiteilija
- 14.12. Syömisen kulttuuriset merkitykset
 Pirjo Ketonen ravitsemusterapeutti ja sosiaalityöntekijä
 Mervi Rytönen ja kokki Tarmo Wasenius

KEVÄT 2010

- 25.1. Seksuaalisuuden kohtaaminen auttamistyössä
Haija Kankkunen, seksuaalineuvoja, terveydenhoitaja (AMK)
- 15.2. Auttajana jaksaminen
Ritva Ropponen, kriisi- ja traumapsykoterapeutti
- 15.3. Ihmisen kokonaisvaltainen kohtaaminen
sairaalapastori, erikoissuunnittelija Tapio Ikola
- 12.4. Luonnon ja ihmisen kohtaaminen
Leena Leskinen HT, metsätieteiden maisteri, metsänhoitaja,
ympäristöpolitiikan lehtori ja
Anu Kareinen, sisätautien erikoislääkäri

SYKSY 2010

- 6.9. Ennakkonäytös Arto Halosen elokuvasta Prinsessa
- 11.10. Kohtuus vaarassa
Markku Aho ja
Ulla-Riitta Pölönen, HTM, FM, bioanalytikko
- 15.11. Vakava sairaus perheessä parisuhteen ja lasten kannalta
Florence Schmitt, FT, VET psykoterapeutti
- 13.12. Lääkärin eettinen työkalupakki PKSSK:n keskeisten arvojen
tarkastelua: ”Meillä osataan, meillä välitetään!”
Samuli Saarni, LT, VTM, erikoislääkäri,
Lääkärien eettisen foorumin ylläpitäjä

KEVÄT 2011

- 17.1. Haasteelliset vuorovaikutustilanteet
Essi Juvakka, viestintävalmentaja, psykoterapeutti
- 14.2. Ainako anteeksi?
Anna-Liisa Valtavaara, teologi, kirjailija, kouluttaja
- 21.3. Etiikka lisääntymislääketieteen näkökulmasta
Seppo Heinonen, ylilääkäri, synnytysten ja naistentautien professori
- 11.4. Matka taiteen maailman: näkymättömästä näkyväksi
Samuli Heinonen, taiteilija, kirjailija

SYKSY 2011

- 19.9. Unitutkimus ja nukkumisen haasteet
Markku Partinen, neurologian erikoislääkäri, unitutkija
- 24.10 Kysymys ihmeestä ja sen mahdollisuudesta
Markku Siivola, psykiatrian erikoislääkäri, uniryhmäyönohjaaja
- 21.11 Syvenevä terveyskuilu: terveyden eriarvoisuus Suomessa
Jussi Kauhanen, kansanterveystieteen professori
- 12.12 Musiikin merkitys terveydenhoitamisessa
Ava Numminen, läänintaitelija, musiikin tohtori,
psykologi, laulunopettaja

KEVÄT 2012

- 16.1. Kuinka sairausteollisuus tekee meistä kipeitä?
– medikalisaation epäeettisyys
Markku Myllykangas, terveystieteiden professori
- 13.2. Masennuksen arvoitus: miksi masennus lisääntyy
– vai lisääntyykö se?
Markku Ojanen, psykologian professori
- 19.3. Tekeväälle sattuu – mutta onko pakko?
Haipro-ilmoituksen eettiset ulottuvuudet
Risto Lantto, hallintoylilääkäri &
Heikki Ahtola, vatsaelinkirurgian ylilääkäri
- 16.4. Kehollisuus:
1) Mitä keho kertoo sinusta, asiakkaistasi ja
työyhteisöstäsi?
Elina Ikonen, tanssi- ja liike/trager-terapeutti,
tanssinopettaja, työnohjaaja
- 2) Kohtaamisia, osallistumista ja kuuntelua taiteen ja
tanssin välityksellä
Pia Lindy, tanssitaiteilija

SYKSY 2012

- 17.9. Kollegiaalisuus: haasteet ja mahdollisuudet
Heikki Pälve, lääkäriiliiton toiminnanjohtaja
- 22.10. Miksi olemme töissä? – 1/2: terveydenhuollon tukijat
Antti Turunen, johtajaylilääkäri &
Outi Papunen, siivoustyöntekijä &
Irma Tikka-Kontkanen, atk-asiakaspalvelija &
Hannele Heikkinen-Ritala, ravintopalvelutyöntekijä

- 19.11. Kun kiireestä tuli kupla (?)
 Sebastian Siukonen, henkilöstöpäällikkö, kirjailija
 kommenttipuheenvuoro: Helena Hanhinen, PKSSK
- 10.12. Taidetta potilaille – työhyvinvointia henkilökunnalle!
 Hanna-Liisa Liikanen, valt. tri
 1) Arts in hospital – terveyttä kulttuurista
 2) Taiteesta ja ja kulttuurista hyvinvointia (Taiku-hanke)
 – valtakunnallinen ohjelma etenee

KEVÄT 2013

- 28.1. Miksi olemme töissä – terveydenhuollon tukijalat 2/2
 Juha Tornberg, kiinteistöpäällikkö
 Eeva-Maria Varpenius, palvelupäällikkö
 Pertti Timonen, vahtimestari
 Annamari Komulainen, työterveyshoitaja
- 11.3. Miten onnellisuus liittyy terveyskäyttäytymiseen,
 sairausriskeihin ja eliniän ennusteeseen?
 Pekka Mustonen, LT, toimitusjohtaja (Duodecim)
- 8.4. Sielu sairaalassa: sairaalasielunhoito 50 vuotta Joensuussa
 1) Välähdyksiä historiasta tämän päivän käytännön elämään
 Kati Häkkinen, sairaalapastori & Marjut Lukkarinen, diakonissa
 2) Juhlpuheenvuoro
 Claes Anderson, psykiatri, kirjailija
- 29.4. Lyhyestä kuva kaunis: kuinka sairaus, kipu ja paraneminen
 todellistuvat elokuvataiteessa?
 Torsti Lehtinen, kirjailija, filosofi

SYKSY 2013

- 2.9. Asenteiden tehohoito – näkökulma onneen, aikaan ja luovuuteen
Mikko Kuustonen, laulaja-lauluntekijä, ihmisoikeusaktivisti
- 30.9. Kuoleman ja eliniän pidentämisen filosofiaa
Rosa Rantanen, filosofian tutkija
- 28.10. Mielen hyvinvoinnin lautasmalli – mitä lapsi ja nuori tarvitsee?
Raisa Cacciatore, lastenpsykiatri, tietokirjailija
- 2.12. Syntymästä kuolemaan: Eettiset kipupisteet hoitoketjun portailla
Osa 1: Syntymä
Mari Juuti, lastentautien erikoislääkäri
Kirsti Päivinen, kättilö, osastonhoitaja
Marianna Savio, lastenpsykiatrian ylilääkäri

KEVÄT 2014

- 20.1. Väärinkäytösten varjot auttamisammateissa
Jaana Hallamaa, sosiaalietiikan professori
- 24.2. Voiko etiikkaa opettaa?
Pekka Louhiala, lääketieteen etiikan dosentti
- 24.3. Katujen lääkärin matkassa
Ilkka Taipale, lääkäri, poliitikko, kansalaisaktivisti
- 28.4. Syntymästä kuolemaan -teemasarja: Nuoruus
Osa 2:
Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri
Katja Havukainen, sosiaaliohjaaja, nuorisواساما
Marketta Dalla Valle, lasten ja nuortentautien erikoislääkäri

SYKSY 2014

- 1.9. Teatteriesitys: Ikuisesti minun & jatkokeskustelu
perheväkivallasta ja vainoamisesta
Teatteri Väkihava & Tuula Tiainen, psykoterapeutti
- 29.9. Herkkyyden vaikeus ja voima
Juhani Mattila, psykiatri, psykoanalytikko, tietokirjailija
- 3.11. Hyvän hoidon haaste kiristävssä taloudessa
Ilkka Naukkarinen, kuntayhtymän johtaja
Johanna Bjerregård-Madsen, hallintoylihoitaja
Tapio Hakala, kirurgian ylilääkäri
Virva Pellinen, osastonhoitaja
- 1.12. Syntymästä kuoleman -teemasarja: Aikuisuus
Merja Korhonen, psykologian yliopistolehtori, dosentti
kommenttipuheenvuoro: Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri

KEVÄT 2015

- 26.1. Taiteen vapaus ja vastuu
yhteisökeskustelu (Hannu-Pekka Björkmanin
alustuksen peruuntuminen)
- 23.2. Lääketieteen historiasta toivoa tulevaisuuteen
Heikki S. Vuorinen, lääketieteen historian dosentti
- 23.3. Eettisesti kestävä kriisityö
Salli Saari, kriisipsykologi, dosentti
- 27.4. Syntymästä kuolemaan -teemasarja: Vanhuus
Heikki Hyvärinen, geriatrian erikoislääkäri

SYKSY 2015

- 7.9. Yksilöturvallisuutta etsimässä
Timo Airaksinen, käytännöllisen filosofian professori
- 5.10. Taiteen vastuu ja vapaus
Hannu-Pekka Björkman, näyttelijä, kirjailija, näyttämötaiteen professori
- 9.11. Saattohoidon kipupisteet
Juha Hänninen, Terhokodin johtaja, ylilääkäri
- 7.12. Syntymästä kuolemaan -teemasarja:
Kuoleman kulttuurit Suomessa
Outi Hakola, FT, alue- ja kulttuurintutkimuksen yliopistolehtori

KEVÄT 2016

- 11.1. Kärsimyksen ongelma
Sami Pihlström, uskonnon filosofian professori
- 25.1. Valkoinen raivo – elokuvanäytös + paneelikeskustelu
Minna Eskelinen, koulupsykologi
Jyrki Huuso, rehtori, dosentti
Pekka Ropponen, psykiatrian ylilääkäri
- 15.2. Paperittomat ja terveydenhuolto
Joensuun Global Clinicin kehittäjät
Ville Elonheimo, sosiaaliturvayhdistys
Juha Mustonen, ylilääkäri
- 14.3. Onnelliset-dokumentti + yhteisökeskustelu

- 18.4. Taide kokonaisvaltaisena filosofiana
Teemu Mäki, taiteilija, kirjailija, ohjaaja, tutkija

SYKSY 2016

- 5.9. Talous – ystävä vai vihollinen?
Martti Kekomäki, terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon
emeritusprofessori
- 3.10. Narkomaanista kokemusasiantuntijaksi
Hanna-Leena Hurri, kokemusasiantuntija
- 7.11. Paremmiin puhumalla?
Timo Pehrman, FT, sovittelun asiantuntija,
Suomen sovittelufoorumin pj.
- 28.11. ”Omasta selkänahasta” – hoitaja voimansa lähteillä
Vaara-kollektiivi
Esiintyjät: Panu Huotari & Kimmo Penttilä

KEVÄT 2017

- 16.1. Arvottomuudesta musiikin ja elämän arvoihin
Juhani ’Junnu’ Aaltonen, jazzmuusikko
Markku ’jazzpastori’ Salo, yhteiskuntatieteiden tohtori
- 13.2. Näkökulman vaihtamisen taito
Antti S. Mattila, lastenpsykiatri, psykoterapiakouluttaja ja
filosofisen vastaanoton pitäjä
- 13.3. Hoivataistelu
Kirsi Hiilamo, TM, psykoterapeutti, tietokirjailija

- 10.4. Ajatuksia muutoksen johtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksessa
Ilkka Pirskanen, Siun soten toimitusjohtaja

SYKSY 2017

- 4.9. Potilaan yksinäisyys – kenen vastuulla?
Liisa Karhe, TtT
- 2.10. Auttamisen ja auttajan filosofiaa
– kokemuksia työskentelystä Afrikassa
Maarit Pippola, erikoishammaslääkäri
Ville Vänni, traumakirurgi
- 23.10. Dialogi ”tässä ja nyt” -hetkessä
Kai Alhanen, TT, dialogikouluttaja
- 4.12. Niin kauan kuin omat siivet kantaa – monologi muistisairaudesta
Kati Outinen, näyttelijä

KEVÄT 2018

- 15.1. Tautitehdas – miten ylidiagnostiikka tekee meistä sairaita?
Iris Pasternack, LL, terveydenhuollon menetelmien asiantuntija
- 26.2. Hyvä paha valta
Sari Kuusela, YTT, KL, tietokirjailija, työyhteisön kehittäjä
- 19.3. Kosketuksen merkitys ja voima hoitotyössä
Taina Kinnunen, FT, dosentti
- 9.4. ”Kumpi on kumman kainalossa”
– Ajatuksia taiteen tekemisen etiikasta, voimanlähteistä, päämääristä
Esko-Pekka Tiitinen, kirjailija, kuvataiteilija, taitelijaprofessori

SYKSY 2018

- 3.9. Luottamus työyhteisön voimavarana ja taitona
Taina Savolainen, KTT, johtamisen professori
- 1.10. Elämän ilta ja hoidon rajat
Vanhusten tehohoitoon liittyvät eettiset kysymykset
Matti Reinikainen, dosentti, tehohoidon ylilääkäri, Siun sote
- 29.10. Toivoton tapaus?
Matka mielenterveysasiakkaasta tohtoriksi
Päivi Rissanen, VTT
- 10.12. Unta kuolemasta -esitys
Helena Nuutinen, FM, logonomi, Kalevan Nainen

KEVÄT 2019

- 14.1. Eettinen organisaatiokulttuuri – mitä väliä?
Maiju Kangas, PsT, KTM
kommenttipuheenvuoro: Johanna Bjerregård-Madsen
- 18.2. Kuinka kansalainen muuttuu potilaaksi?
– sairaalaosaston eettiset toimintatavat
Riikka Lämsä, VTT, sh, tutkija
- 25.3. Jännittäminen työssä ja elämässä
Minna Martin, psykologi (PsM), psykoterapeutti (VET)
- 15.4. Lääketieteen ja taiteen välinen dialogi
Kaisu Koski, TaT, dosentti

SYKSY 2019

- 16.9. Läsnaolon kokemukset yhdistämässä ihmisiä ja organisaatioiden luovuutta
Virpi Koskela, FT, luovien alojen nomadi
- 7.10. Häpeä yksilöllisenä ja yhteiskunnallisena ongelmana
Juha Siltala, psykohistorioitsija, professori, kirjailija
- 11.11. 20-vuotisjuhlafoorumi: Kohti upeuksia.
Kuinka tulevaisuus voisi olla parempi kuin nykyisyys?
Arto O. Salonen, professori
Joonatan Rautio, jazzmuusikko
- 9.12. Surevan kohtaaminen
Anna-Liisa Aho, surututkija, yliopisto-opettaja, dosentti



Erhe vai virhe. Hoidon rajat ja elämän rajat. Kosketus ja parantava katse. Auttaja ja hänen työyhteisönsä kohtaa 2020-luvulle siirtyessään yhä suurempaa herkkyyttä kysyvää eettisyyttä. Hän ei elä pelkästään kliinisestä osaamisesta. Tarvitaan kykyä hengittää ajan ilmiöitä ja ihmisyyttä eteenpäin kantavia merkityksiä. Mistä syntyy viisaus?

Pohjois-Karjalan keskussairaalaassa on toiminut vuodesta 1999 lähtien uraauurtava moniammatillisen eettisen keskustelun suunnannäyttäjä: Avoin eettinen foorumi. Vuosien saatossa foorumilla on vieraillut alustajina poikkeuksellinen kirjo oman alansa asiantuntijoita.

Tämä kirja on foorumin 20-vuotisen taipa-
leen monipuolinen ja innostava läpileikkaus
puettuna alustajiensa esseisiin. Kokonaisuutta
täydentävät foorumin työryhmäläisten kirjoitukset.
Punaisena lankana teoksessa, kuten myös fooru-
min toiminnassa, on näkökulmien etsiminen ihmiseen
ja ihmisyyteen.

Siuna
SOTE

