

# Kuka päättää hoidosta?

Pekka Louhiala

Vielä joitakin vuosikymmeniä sitten vastaus otsikon kysymykseen oli helppo: lääkäri päättää hoidosta, eikä potilaalla ole asiaan juurikaan saanottavaa. Juridisesti asia on nykyäänkin sillä tavoin selvä, että hoitovalinnan tekee lääkäri, eikä potilaalla ole oikeutta vaatia jotakin tiettyä hoitoa. Aikuinen ja mieleltään terve potilas voi kuitenkin halutessaan kieltäytyä mistä tahansa hoidosta.

Potilaan asema on tänään monin tavoin erilainen kuin aikaisemmin. Autonomiasta eli itsemääräämisoikeudesta on tullut keskeisin arvo länsimaisessa lääketieteen etiikassa. Sen juuret ovat 1800-lukujen saksalaisessa (Kant) ja brittiläisessä filosofiassa (John Locke, John Stuart Mill). Potilaan autonomia on kuitenkin vasta viime vuosikymmeninä muotoiltu käsite. Kliinisen lääketieteen etiikka on ollut ja on edelleen paljolti autonomian rajojen ja merkityksen määrittelyä<sup>1</sup>.

Globaalista näkökulmasta viimeksi mainittu asia on kuitenkin näköharha, sillä suurin osa maailman ihmisistä ei elä kulttuurissa, jossa yksilö ja hänen autonomiansa ovat keskeisiä arvoja. Ei tarvitse matkustaa kuin Euroopan Unionin etelälaidalle, niin asetelma on jo toinen: potilaiden ensimmäinen kysymys ei ole ”saanko minä päättää” vaan ”voinko luottaa lääkäriini”. Luultavasti näin on usein myös pohjoisempina, jos päähenkilöiltä eli potilailta kysytään. Autonomian keskeisyys voi olla osittainen näköharha siitäkin syystä, että etiikasta kirjoittavat lähinnä filosofit, juristit ja lääkärit.

Potilaan autonomian käsite esitetään usein yksilulotteisesti siten, että se joko toteutuu tai ei toteudu. Oikeasti asia on paljon moniulotteisempi, mikä paljastuu jo siitä tosiseikasta, että (varsinkaan vakavasti) sairastunut potilas ei ole enää se sama asioitaan kontrolloiva ihminen joka hän oli ennen sairautta.

Autonomia ei myöskään ole yksilulotteinen sillä tavoin, että sillä olisi selkeä vastakohta. Tällaisena

on pidetty *paternalismia* eli holhoavuutta, josta on haluttu päästä eroon.

Paternalismilla on monia muotoja, joista osa on helppo hyväksyä. Aito paternalismi on kyseessä esimerkiksi silloin, kun vanhemmat päättävät pienten lastensa asioista. *Luovutettu* paternalismi toteutuu sairaanhoidossa silloin, kun potilas – sanallisesti tai sanattomasti – luovuttaa päätösvallan asioistaan lääkärille. Yksi ilmaisu osittaisesta päätösvallan luovuttamisesta on jo se, että potilas astuu sairaalan ovesta sisään. Ongelmallinen paternalismin muoto on *ei-luovutettu* paternalismi, jossa potilaan puolesta tehdään päätöksiä vaikka hän itse olisi siihen kykenevä ja halukas.

Autonomian ja paternalismin välinen epäsymmetria tulee havainnolliseksi, kun ajatellaan ääritilanteita. Toisessa ääripäässä olisi esimerkiksi valehtelu potilaalle tai olennaisten asioiden kertomatta jättäminen. Mutta mitä olisi toisessa ääripäässä? Potilaan ja lääkärin välinen suhde, jossa ei olisi lainkaan holhoavia elementtejä, olisi kuin mikä tahansa asiakassuhde, esimerkiksi kirjakaupassa. Tätä valtaosa potilaista ei halua.

Autonomian ylikorostaminen on johtanut kritiikkiin, jota ovat esittäneet myös eräät arvovaltaiset filosofit, kuten kanadalainen Charles Taylor ja brittiläinen Onora O’Neill. Taylor ei ole suoraan kirjoittanut lääketieteen etiikasta, mutta hänen kritiikkinsä kohteena on ollut aikaamme leimaava individualismi. Samalla kun se on yksi uuden ajan merkittävimmistä saavutuksista, se on johtanut ihmisten käpertymiseen oman itsensä ympärille. Tä-

mä kapeuttaa ja köyhdyttää elämää ja tekee välinpitämättömäksi toisista ihmisistä. O'Neill puolestaan kysyy kirjassaan *Autonomy and Trust in Bioethics*, onko jonkinasteinen luottamuksen menettäminen se hinta, joka on maksettava autonomian vahvistumisesta.

Sinänsä on erinomaista, että tämän päivän potilailla on sanansa sanottavana omista asioistaan. Joskus ei kuitenkaan voi välttyä vaikutelmalta, että potilaalle on käynyt samalla tavoin kuin lääkärielle ajokyky-asiassa. Potilaan heikentyneestä ajokyvystä ilmoittamiselle kävi eduskunnan valiokuntakäsittelyssä oudosti, kun alun perin lakiehdotukseen kirjattu lääkärin *oikeus* ilmoittaa asiasta muuttuikin *velvollisuudeksi*. Samalla tavalla käy joskus potilaalle, kun lääkärin tulkinta autonomiasta heilahtaa liian pitkälle. Potilaan oikeudesta tuleekin velvollisuus päättää jostakin hoitoonsa liittyvästä asiasta. Jos potilas ei sitä haluaisikaan, hän voi kokea itsensä hylätyksi hyvin tärkeällä elämänsä hetkellä.

## Arvot ja tosiseikat

*Potilaalla on vaikea sydämen läppävika, jonka takia hänen elämänlaatunsa on maksimaalisesta lääkityksestä huolimatta huono. Hän ei kykene esimerkiksi kävelemään muutamaa metriä enempää ilman hengenahdistusta. Läppävikaan on olemassa kirurginen hoito, mutta leikkaus on vaikea ja vaarallinen, ja kolmasosa potilaista kuolee leikkaukseen tai sen jälkiseurauksiin. Kahdella kolmasosalla leikatuista potilaista elämänlaatu kuitenkin kohen- tuu olennaisesti.*

Kuka päättää hoidosta ja minkälaisin perustein? Pinnalta katsoen asia on yksinkertainen: anesteologi ottaa kantaa siihen, onko potilas ylipäättään leikkaukelpoinen ja leikkaava kirurgi tekee lopullisen päätöksen leikkauksesta. Potilaan osaksi jää suostua leikkaukseen tai kieltäytyä siitä.

On tavanomaista sanoa, että leikkauspäätös – kuten muut hoitopäätökset – tehdään puhtaasti lääketieteellisin perustein. Tämäkin kuulostaa selvältä ja yksinkertaiselta. Asiantuntija päättää.

Asia on kuitenkin monimutkaisempi, ja kätkee sen hyvin olennaisen asian, että hoitopäätös sisältää aina arvovalintoja eikä siis ole koskaan ”puhtaasti” tieteellinen päätös.

Kuvatussa tapauksessa arvovalinnat on helppo osoittaa. Lääkäreillä on tieto läppävian anomiasta ja fysiologiasta, leikkausmahdollisuuksista, komplikaatioista sekä eri päätetilojen todennäköisyyksistä. Mikään määrä lääketieteellistä koulutusta tai kokemusta ei kuitenkaan anna lääkäri- le ylivertaista asiantuntemusta siinä kysymyksessä, tulisiko *tämä* potilas leikata vai ei. Potilaan riski pelkistyy suhdeluun 1:3. Keskimäärin yksi kolmesta potilaasta siis kuolee leikkaukseen ja kaksi kolmesta toipuu hyvänlaatuiseen elämään. Ei lie- ne erimielisyyttä siitä, että leikkauspäätöksen tulisi viime kädessä perustua potilaan arvoihin – siis hänen haluunsa tai haluttomuuteensa ottaa tuo riski.

Esimerkissä arvovalinta on dramaattinen ja pelkistetty. Aivan vastaavalla tavalla voidaan kuitenkin osoittaa mistä tahansa kliinisestä päätöksestä siinä ilmenevät arvovalinnat<sup>2</sup>. Kokonaan toinen asia on se, että valtaosassa tapauksia lääkäri- ja potilaan arvomaailmat ovat sillä tavoin yhtenevät, että mitään ristiriitoja ei synny. □

### Kirjallisuus

1. Launis V, Louhiala P. Keskustelu autonomiasta. Suomen lääkäri- lehti 2008; 63: 978–979
2. Louhiala P. But who can say what's right and wrong? Medicine as a moral enterprise. In: Evans M, Louhiala P, Puustinen R (editors). *Philosophy for Medicine: Applications in a Clinical Context*. Oxford: Radcliffe Medical Press 2004

*Pekka Louhiala*

LT, PhD, lastentautien erikoislääkäri

Yliopiston lehtori,

Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos

Lääketieteen etiikan dosentti,

Tampereen yliopisto

pekka.louhiala[a]helsinki.fi

*Kirjoitus julkaistaan myös  
Sielunhoidon aikakauskirjassa 2009.*