



HELSINGIN YLIOPISTO

# Lääkärin etiikan kehitys Suomessa 1980-luvulta nykypäivään

Lääketieteen koulutusohjelma  
Lääketieteellinen tiedekunta  
Lisensiaatintutkielma

Laatija:  
Viivi Song

Ohjaajat:  
Dos. Pekka Louhiala  
LL Aleksi Pajunen

10.3.2026  
Helsinki

**Työn nimi:** Lääkärin etiikan kehitys Suomessa 1980-luvulta nykypäivään

**Tekijä:** Viivi Song

**Kuukausi** ja vuosi: maaliskuu 2025

**Sivumäärä:** 37

**Avainsanat:** etiikka, terveydenhuolto, hoitosuhde, eutanasia, lääketieteellinen etiikka, ammattietiikka, lainsäädäntö, lisääntymisetiikka, potilas-lääkärisuhde, hoitotahto

**Tiivistelmä:** Tämä narratiivinen kirjallisuuskatsaus tarkastelee suomalaisen lääkärin etiikan kehitystä viimeisen neljänkymmenen vuoden ajalta täydentäen aikaisempaa tutkimusta lääkärin etiikan kehityksestä 1850-luvulta 1980-luvulle. Katsaus keskittyy kolmeen lääketieteen etiikan ydinalueeseen, jotka ovat potilas-lääkärisuhde, lisääntymisetiikka sekä elämän loppu. Aineistona käytetään vuonna 1982 julkaistua Lääkintäetiikka-teosta sekä Suomen lääkäriliiton tasaisin väliajoin julkaisemaa Lääkärin etiikka -kirjasarjaa, jotka kaikki sisältävät suomalaisen lääkäriprofession yleisesti hyväksymiä aikansa näkemyksiä lääkärin etiikasta. Aineistoja vertaillaan toisiinsa, ja niitä käsitellään kronologisessa järjestyksessä. Potilas-lääkärisuhteen osalta aineistojen vertailu keskenään osoittaa, että potilas-lääkärisuhteen merkitys on pysynyt koko ajan tärkeänä, mutta lääkärin rooli on muuttunut auktoriteetista yhteistyökumppaniksi. Lisäksi potilaan asema on vahvistunut erityisen paljon viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana, ja muun muassa laki potilaan oikeuksista säädettiin. Potilaan oikeuksien merkityksen nousu näkyy myös suhtautumisessa raskaudenkeskeytyksiin, sillä potilaan oikeus saada abortti on tullut keskiöön aborttikeskustelussa nykypäivänä. Hedelmöityshoitojen sekä alkio- ja sikiödiagnostiikan suhteen katsaus puolestaan indikoi, miten eettisen arvioinnin merkitys voimistuu, kun lainsäädäntö ei ehdi vastaamaan teknologian kehityksen tuomiin uusiin eettisiin haasteisiin. Eutanasiaan Lääkäriliiton kanta ei ole muuttunut viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana, mutta sitä nähdään tarpeellisempana nykyään perustella läpikotaisemmin. Kokonaisuutena aineistojen vertailu toisiinsa osoittaa, että lääkärin etiikan peruseriaatteet ovat säilyneet pitkälti ennallaan, vaikka niiden painotukset ovat muuttuneet yhteiskunnallisten trendien ja lääketieteen kehityksen myötä.

## Sisällysluettelo

|          |                                       |           |
|----------|---------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Johdanto .....</b>                 | <b>4</b>  |
| <b>2</b> | <b>Aineisto ja menetelmät.....</b>    | <b>6</b>  |
| <b>3</b> | <b>Potilas-lääkärisuhde.....</b>      | <b>7</b>  |
| 3.1      | Yleistä potilas-lääkärisuhteesta..... | 7         |
| 3.2      | Potilaan oikeudet .....               | 10        |
| <b>4</b> | <b>Lisääntymisetiikka.....</b>        | <b>15</b> |
| 4.1      | Raskaudenkeskeytys.....               | 15        |
| 4.2      | Lapsettomuuden hoito .....            | 18        |
| 4.3      | Alkio- ja sikiödiagnostiikka .....    | 22        |
| <b>5</b> | <b>Elämän loppu .....</b>             | <b>27</b> |
| 5.1      | Eutanasia.....                        | 27        |
| 5.2      | Hoitotahto.....                       | 31        |
| <b>6</b> | <b>Lopuksi.....</b>                   | <b>34</b> |
|          | <b>Lähteet .....</b>                  | <b>37</b> |

## 1 Johdanto

Tämän tutkielman tarkoituksena oli tutkia Suomessa julkaistujen ohjeistojen pohjalta lääkärin etiikan kehitystä vuodesta 1982 vuoteen 2021. Lääkärin etiikka on laaja aihepiiri, joka kattaa useita aihealueita ja etiikan peruskysymyksiä. Maailman lääkäriliitto (WMA) on korostanut, että lääkärin tulisi ensisijaisesti noudattaa lääkärin etiikkaa sen ollessa lain kanssa ristiriidassa. Jo tämä osoittaa sen, miten merkittävänä ohjenuorana sitä voidaan pitää lääkäriprofession keskuudessa.

Tutkimuksessa havainnollistetaan yhteiskunnan ja lääketieteen keskeistä vuorovaikutusta kuluneen 40 vuoden aikana. Vaikka monet lääkärin etiikan periaatteet on muotoiltu jo antiikissa, niitä koettelevat kuitenkin yhteiskunnan nopeat muutokset, poliittiset päätökset sekä lääketieteen nopea kehitys. Nämä saattavat tuoda mukanaan uusia käytännön ongelmia tai ristiriitoja.

Vuosien varrella Suomessa on julkaistu useita lääkärin etiikkaa käsitteleviä teoksia, jotka sisältävät aikansa näkemyksiä lääketieteen eettisistä ongelmista. Vanhin suomalainen kirjallinen teos lääkärin eettisistä ohjeista on Immanuel Ilmonin teos vuodelta 1847. Vuodesta 1989 lähtien Suomen Lääkäriliitto on muutaman vuoden välein julkaissut Lääkärin etiikka –kirjasarjaa. Niissä kootaan yhteen Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan kannanottoja sekä filosofisia asiantuntija-artikkeleja lääkärin etiikasta ja sen soveltamisesta suomalaiseen terveydenhuoltoon.

Suomalaisten lääkärin eettisen ohjeistuksen kehitystä on aikaisemmin tutkittu 1800-luvun puolivälistä 1980-luvulle saakka. Maiju Savolaisen tutkielmassa (2015) Lääkärin eettisten ohjeiden kehitys Suomessa 1847-1982 vanhin käytetty lähde on vuonna 1847 painettu Immanuel Ilmonin teos ja uusin vuonna 1982 lääkäri­liiton avustuksella julkaistu Lääkintäetiikka. Kyseinen tutkielma on narratiivinen kirjallisuuskatsaus, ja siinä esitellään käytettyjen lähteiden kantoja valittuihin lääkärin etiikan ydinalueisiin, kuten itsemääräämisoikeuteen ja lääkäri-potilassuhteeseen. Tutkielmassa ei ole tarkennettu, miten aihepiirit on valittu. (1)

Oman tutkimukseni tavoite oli tarkastella suomalaisen lääkärin etiikan kehitystä 1980-luvulta lähtien täydentäen aikaisempaa tutkimusta lääkärin etiikan kehityksestä 1850-luvulta 1980-luvulle. Tutkimuskysymys oli “Miten lääkärin eettiset ohjeistukset ovat muuttuneet viimeisen 40 vuoden aikana Suomessa?”, ja tutkimukseni käsittelee valikoidusti joitakin lääkärin etiikan ydinalueita. Aineistoja käsitellään kronologisessa järjestyksessä aihepiireittäin. Jokainen luku päättyy suppeaan koontiin ja pohdintaan merkittävimmistä havainnoista. Tutkimus on suoritettu pääsääntöisesti itsenäisesti ohjaajien ohjeistamana.

## 2 Aineisto ja menetelmät

Tutkimukseni on narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jossa käytettiin aineistona Suomen Lääkäriliiton tasaisin väliajoin julkaisemaa Lääkärin etiikka – kirjasarjaa. Aineistoa analysoitiin tutkimuskysymysten ohjaamalla tavalla, ja eri painosten väliltä etsittiin eroavaisuuksia lääkärin etiikan aihealueisiin suhtautumisessa.

Tutkimusaineisto koostui kahdeksasta teoksesta, joista seitsemän on Suomen lääkäri­liiton julkaisemia Lääkärin etiikka –kirjasarjan painoksia. Painokset ovat vuosilta 1989, 1992, 1996, 2000, 2005, 2013 sekä 2021. Kyseisen kirjasarjan päämääränä on esittää lääkäri­profession yhteinen näkemys lääketieteen etiikasta aihealueittain. Julkaisujen teossa on ollut mukana Lääkäri­liiton eettisen neuvottelukunnan lisäksi suuri joukko lääkäreitä ympäri Suomea, minkä lisäksi teoksiin on lisätty sekä juridisia näkökohtia että Lääkäri­liiton virallisia kannanottoja. Tämän takia aineistoja voidaan pitää kattavana lähteenä aikakaudenmukaisesta suomalaisen yhteiskunnan konsensuksesta koskien lääkärin etiikkaa. Tutkimusaineiston kahdeksas teos on vuonna 1982 julkaistu Lääkintäetiikka, jonka toimituskuntaan kuului seitsemän jäsentä. Itsenäisistä kirjoittajista huolimatta teos pyrki kuitenkin objektiivisuuteen kannanottojensa kanssa, sillä kirjan alkusanoissa mainitaan sen olevan laadittu lääketieteen opiskelijoiden oppikirjaksi (2). Sisällöltään vuoden 1982 teos vastasi edellä mainittua Lääkärin etiikka -kirjasarjaa.

Tutkimuksen suorittamiseen ei tarvittu eettisen toimikunnan lausuntoa, koska tutkimus kohdistuu julkisiin, kirjallisiin aineistoihin.

### 3 Potilas-lääkärisuhde

#### 3.1 Yleistä potilas-lääkärisuhteesta

Hyvä potilas-lääkärisuhde on nähty lääkärin toiminnan perusedellytyksenä viimeisen neljäkymmenen vuoden aikana kaikissa tutkielman aineistoissa, ja sen keskeisyyttä painotetaan paljon. Vuoden 1982 kirjassa Lääkintäetiikka määritellään potilas-lääkärisuhde ammatilliseksi yhteistyösuhteeksi. Jo silloin nähtiin tärkeänä, että lääkäri olisi ennakkoluuloton, empaattinen, suvaitsevainen sekä kykenevä luopumaan vanhentuneista käsityksistään, jotta potilas pystyisi käsittelemään vaikeita asioita vastaanotolla. Erikseen korostetaan potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Lisäksi teoksessa painotetaan sitä, että lääkärin tulisi pystyä hallitsemaan potilaan kokonaistilannetta pelkkien biologisten vaivojen lisäksi. Sen perusteella lääkärin pitäisi huomioida myös vastaanottotilanteen vuorovaikutusta sekä esimerkiksi hoitojen kuormittavuutta. Toisaalta kyseisessä kirjassa puhutaan paljon myös lääkärin auktoriteettiasemasta. Kirjan mukaan lääkäri koetaan auktoriteettina, ja ”lääkärin toivotaan auttavan ja huolehtivan potilaasta kuten isä ja äiti aikoinaan tekivät” (s. 47). Tämän perusteella voisi väittää, että lääkärin nähdään olevan vielä jollain tasolla isällinen käskijä. (2)

Vuoden 1989 ja 1992 kirjoissa todetaan, että ”potilas-lääkärisuhde sisältää sopimuksen yhteistyöstä” (3, s.60 sekä 4, s.25) ja ”tullessaan hoitoon potilas antaa siihen sanattoman suostumuksensa” (3, s.60 sekä 4, s.25). Yhteistyön ideana on kirjojen mukaan suunnitella yhdessä yksilöllinen hoito niin, että potilaan toivomukset otetaan huomioon (3,4). Lisäksi Duodecimin artikkelissa ”Potilas-lääkärisuhde perusterveydenhuollossa” vuodelta 1993 todetaan lääkärin roolin muuttuneen 1980-luvulta, jolloin lääkärin auktoriteetti on ollut merkittävämpi potilas-lääkärisuhteessa. Artikkelissa sanotaan, että ”lääkäri on enemmän neuvonantaja ja opastaja kuin autoritaarinen määräysten antaja”. Toisaalta auktoriteettiasema ei ole kokonaan hävinnyt ja artikkelin mukaan se korostuu, jos ”potilas taantuu” sairauden takia. (5)

Vuoden 1996 painoksessa kirjasta Lääkärin etiikka on paljon samoja asioita kuin edellisissä painoksissa. Tässä painoksessa korostuvat vielä huomattavammin teemat kuten yhteistyö, yhteisymmärrys,

itseääräämisoikeus sekä kommunikaatio. Kirjassa todetaan yksiselitteisesti, että ”nykyisen hoitoetiikan mukaan lääkäri ei ole isällinen käskijä, vaan potilaansa yhteistyökumppani” (s.25). Itsemääräämisoikeuden on puolestaan määritelty tarkoittavan ”ensisijaisesti sitä, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan” (s.25). Tämän ehtona on kirjan mukaan se, että potilas saa ymmärrettävällä tavalla tarpeeksi tietoa esimerkiksi terveydentilastaan, hoitovaihtoehdoista sekä hoidon hyödyistä ja haitoista. (6)

Vuoden 2000 painoksen mukaan potilaan ja lääkärin välinen luottamus on muuttunut henkilökohtaisesta luottamuksesta luottamukseen laitokseen, yhtiöön tai asiakkaan luottamukselliseen asemaan. Kirjassa mainitaan, ettei tämän takia potilas-lääkärisuhde tunnu enää monen mielestä henkilökohtaiselta. Siksi painoksessa nostetaan esille lääkärin eettiset ohjeet, joiden mukaan ”lääkärin tulee palvella kanssaihmissiään lähimmäisenrakkauden mukaisesti” (s.25). Lisäksi kirjassa todetaan, että ”lääketieteen teknistyessä ja mekanisoituessa on syytä muistaa lääkärintyön peruslähtökohdat, joista eräs oleellisimpia on hyvä potilas-lääkärisuhde” (s.25). Tässä painoksessa korostetaan enemmän vanhoja arvoja ja näkemyksiä potilas-lääkärisuhteesta, ehkä vastareaktionä muuttuvalle yhteiskunnalle ja sen mukana lääkärintyön byrokratisoitumiselle. (7)

Vuonna 2005 julkaistussa painoksessa puhutaan paljon potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen ohjeistuksista, joiden noudattaminen parantaa potilas-lääkärisuhdetta. Lääkärin tulee esimerkiksi esittää tiedot potilaalle ymmärrettävästi potilaan kielellisten valmiuksien mukaan. Lisäksi kirjassa muun muassa korostetaan yhteisymmärryksen tärkeyttä sekä sairastamisen moniulotteisuutta ja sitä, että ”sekä kliinisen taudinmäärityksen että tilanteen hahmottamisen tärkein työkalu on potilaan ja lääkärin vuorovaikutus” (s.40). Vuorovaikutuksen lisäksi tähän painokseen on lisätty uutta pohdintaa siitä, tuleeko lääkärin toimia potilaansa edunvalvojana vai yhteiskunnan tai yritysten ohjeiden ja toiveiden toteuttajana. Näen, että tämä eettinen ongelma horjuttaa aiemmin varsin keskeiseksi kuvattua potilas-lääkärisuhdetta, kun kirjan mukaan lääkäriillä voi olla intressejä toimia muunkin kuin pelkän potilaan edun mukaisesti. (8)

Vuoden 2013 ja 2021 kirjoissa todetaan edelleen, että ”potilaan ja lääkärin kohtaaminen on terveydenhuollon ydintapahtuma” (9, s.38). Kirjat korostavat, että yksilötasolla potilas-lääkärisuhde on pääosin ennallaan, vaikka lääkärin ja potilaan kohtaamisen ympärille onkin rakentunut ”kokonainen terveydenhuoltojärjestelmä ja siihen liittyvä monitasoinen juridinen sääntely” (9, s.38). Kirjat painottavat lääkärin asiantuntijaroolin ja tasavertaisen kohtaamisen tasapainosta huolehtimista. Myös vuorovaikutuksen merkitystä tuodaan paljon esiin molemmissa kirjoissa: ”Eettisesti hyvä vuorovaikutus johtaa usein myös kliinisesti hyviin tuloksiin.” (9, s.46) Lisäksi kirjoissa puhutaan eri kulttuurien kohtaamisesta lääkärin vastaanotolla, mitä ei aikaisemmissa painoksissa erikseen otettu esiin. Kirjoissa todetaan, että eri kulttuureihin tutustuminen usein rikastuttaa lääkärin työtä ja lääkärillä on viime kädessä vastuu kulttuurierojen ymmärtämisessä. (9,10)

Vuoden 2021 painoksesta löytyy myös uusia lisäyksiä. Kirjassa muun muassa mainitaan, että vuorovaikutukseen tulee kiinnittää huomiota myös etävastaanotoissa. Puolestaan itsemääräämisoikeus tulee vahvasti esille, kun hoito vaatii potilaan elämäntapamuutoksia. Kirjan mukaan olennaista on, että potilas pystyy itse päättämään omista tavoitteistaan, ”vaikka se olisikin vain tupakoinnin vähentäminen eikä lopettaminen tai muutaman kilon laihduttaminen normaalipainoon pääsemisen sijasta” (s.58). Lääkärin tehtäväksi jää siis motivoida ja rohkaista potilasta etenemään. (10)

Tiivistettynä voidaan todeta, että potilas-lääkärisuhteen merkitys on pysynyt tärkeänä ja keskeisenä viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana. Muuttuvassa yhteiskunnassa onkin ollut tärkeää pitää kiinni potilas-lääkärisuhteen henkilökohtaisuudesta ja aitoudesta. Tosin lääkärin rooli potilas-lääkärisuhteessa on muuttunut hieman 1980-lukuun verrattuna. Lääkäri ei enää ole isällinen käskijä paternalistisen toimintamallin mukaisesti, vaan potilaan yhteistyökumppani. Toisin sanoen yhteiskunta on siirtynyt paternalistisesta ajattelusta kohti tasa-arvoisempaa potilas-lääkärisuhdetta, missä potilaan omat intressit otetaan vakavammin huomioon. Tämä näkyy erityisesti motivoivissa keskusteluissa elämäntapamuutoksista, joissa uusimman painoksen mukaan lääkärin tulisi asettua ennemmin rohkaisevaan kuin käskivään asemaan. Nykyään yhteisymmärrys sekä selkeä kommunikaatio lääkärin ja potilaan välillä

nähdään entistä tärkeämpänä. Samalla lääkärin vuorovaikutuksen kehittämiseen ja ohjeistukseen keskitytään entistä enemmän.

### 3.2 Potilaan oikeudet

Suomi on ensimmäinen maa, missä potilaan oikeuksista on säädetty erillinen laki. Vuoden 1982 painoksen aikaan lakia ei ollut vielä olemassa, mutta potilaan oikeudet olivat silti tärkeä osa lääkärin etiikkaa. Kirjan mukaan “potilas voi osallistua hoitoon eriasteisesti” (s.54) sekä “hänellä on myös oikeus kieltäytyä lääkärin ehdottamasta hoidosta” (s.54). Tämä on mielestäni verrattavissa itsemääräämisoikeuteen, vaikka painoksessa ei käytetä juuri kyseistä sanaa. Lisäksi mainitaan, että hoidosta kieltäytyminen johtaa usein hoitosuhteen katkeamiseen. Painoksessa puhutaan potilaan oikeuksien lisäksi myös potilaan velvollisuuksista, eli “kirjoittamattomista säännöistä”, joiden mukaan potilaan on oltava itsekin aktiivinen hoitonsa ja kuntoutuksensa suhteen. Kirjan mukaan potilaan on noudatettava lääkärin antamia ohjeita ja määräyksiä. Lisäksi sanotaan, että “lääkäriltä apua hakeva potilas on lakimiesten tulkinnan mukaan antanut eräänlaisen suostumuksen tavanomaiseen hoitoon ja hoitotoimenpiteisiin” (s. 54). Toisin sanoen tässä painoksessa nähdään oleellisena korostaa vahvasti potilaan velvollisuutta noudattaa lääkärin ohjeita, ja painoksesta huomaa, että lääkärin auktoriteettiasema näkyy selvästi. Omaisten osuudesta hoitoon todetaan, että jos potilaalta on saatu lupa, omaisten kanssa voi keskustella hoidosta myös silloin, kun potilas pystyy itse puhumaan omasta puolestaan. Painoksen mukaan “olisi arvokasta, jos lääkäri voisi työskennellä koko perheen kanssa, mikäli potilas toivoo sitä” (s. 57). Kirjassa tasapainotellaan ikään kuin potilaan itsemääräämisoikeuden, omaisten osuuden sekä lääkärin auktoriteetin välillä. (2)

Vuoden 1989 ja 1992 painoksissa huomautetaan, ettei tarkkaa lakia potilaan oikeuksista ole vielä, vaikka aihe on keskeinen ja tärkeä hyvän hoidon kannalta. Painoksissa mainitaan jo sana itsemääräämisoikeus, ja sitä määritellään näin: ”Itsemääräämisoikeuteen kuuluu, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy toimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen

kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.” (4, s.64) Painokset korostavat myös sellaisen potilaan itsemääräämisoikeutta, joka ei pysty itse ilmaisemaan tahtoaan. Silloin tulee kirjojen mukaan antaa henkeä välittömästi uhkaavan vaaran torjumiseksi hoitoa, mutta ”hänelle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, josta tiedetään, että hän vakaasti kieltäytyisi siitä, jos siinä tilanteessa voisi” (4, s. 64). Lisäksi vuoden 1992 painokseen on uutena lisätty asiaa alaikäisen itsemääräämisoikeudesta: ”Jos potilas on alaikäinen, mutta lääkärin arvion mukaan kykenee ikänsä ja kehitystasonsa perusteella itse päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos näin ei ole, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä huoltajansa kanssa. Huoltajalla ei ole kuitenkaan oikeutta kieltää potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellista hoitoa.” (4, s.64) Lisäksi molemmissa painoksissa korostetaan potilaan tiedonsaantioikeutta, johon potilas voi vedota. Tämä näkökulma eroaa hieman edellisestä, vuoden 1982 painoksesta, jossa tiedonsaantioikeutta käsitellään enimmäkseen vain lääkärin kannalta perustelemalla, miksi potilaalle olisi tarpeellista antaa tarpeeksi tietoa hänen tilastaan (2). (3,4)

Potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki tuli voimaan vuona 1992. Vuoden 1996 painoksen mukaan se ei itsessään muuttanut potilaan asemaa, mutta se virallisti yleisesti hyväksytyt, pitkään noudatetut hyvän hoidon periaatteet. Lisäksi lain seurauksena nimettiin potilasasiamiehiä, joiden tehtävänä oli tiedottamalla ja neuvomalla auttaa potilaita käyttämään oikeuksiaan. Vuoden 1996 painoksessa tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus linkittyvät myös vielä vahvemmin yhteen: ”Itsemääräämisoikeus tarkoittaa ensisijaisesti sitä, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämän ehtona puolestaan on, että potilas saa ymmärrettävällä tavalla riittävät tiedot terveydentilastaan, tutkimusten tarpeellisuudesta ja niiden mahdollisista haitoista, sekä hoitovaihtoehdoista, hoidon hyödyistä ja haitoista. (s.25)” (6)

Vuoden 2000 painoksessa itsemääräämisoikeus nähdään niin keskeisenä, että sille on oma erillinen kappale kirjassa. Siinä määritellään, että potilaan itsemääräämisoikeus oikeuttaa potilaan tiedonsaantiin sekä kieltäytymään hoidoista, mikä ei toisaalta poikkea vanhemmista painoksista. Lääkärin etiikan mukaisesti potilasta ei pitäisi kuitenkaan kirjan mukaan jättää heitteille hänen

kieltäytyessään ehdotetusta hoidosta, vaan yrittää etsiä yhteissävel uusilla ehdoilla. Aina se ei kuitenkaan ole mahdollista, ja silloin kirjan mukaan sovitaan hoitavan lääkärin vaihtamisesta. Painoksessa on nähty tärkeänä korostaa edeltäjiään huomattavasti enemmän sinänsä jo vakiintuneita asioita itsemääräämisoikeudesta. Painoksessa todetaan esimerkiksi, ettei itsemääräämisoikeus tarkoita oikeutta määrätä mitä tahtoo, vaan oikeutta tiedonsaantiin ja oikeutta kieltäytyä hoidosta. Potilaan itsemääräämisoikeus ei myöskään tarkoita vastuun siirtämistä potilaalle, vaan lääkärin tulee itse päätellä, mikä toimintatapa olisi potilaan kannalta paras. Vuoden 2000 painoksessa tarkastellaan myös potilaan oikeuksien lain voimaantulon vaikutuksia. Painoksessa kerrotaan, että potilaslain voimaantulo on vaikuttanut käytännön terveydenhuollon toimintoihin erään selvityksen mukaan (Pahlman I. ym. 1996). Kirjan mukaan puutteita oikeuksien toteutumisesta kuitenkin löytyy terveydenhuollon kehittämisprojektin selvitysmiesraportin (Nikkilä 1998) perusteella esimerkiksi perustetun potilasasiamiesjärjestelmän toimivuudesta sekä potilaan mahdollisuuksissa valita lääkäri, hoitopaikka tai hoitoajankohta. (7)

2005 painoksessa sisältö ei näkökulman kannalta muutu huomattavasti, mutta suurempia linjoja potilaan oikeuksista hiotaan ja hienosäädetään. Painokseen on esimerkiksi lisätty maininta, että WMA:n potilaan oikeuksia koskevan julistuksen mukaan potilaalla ei ole oikeutta kieltäytyä vastaanottamasta tietoa, joka on tärkeä muille mahdollisesti aiheutetun terveysuhan vuoksi. Tekstissä ei kuitenkaan olla tarkennettu, kuinka suora terveysuhan tulee olla, sillä esimerkiksi vakavaa sairautta aiheuttavan geenimutaation kantaminen kohdistaisi teoriassa potilaan lähisukulaisille terveysuhan. Alaikäisen itsemääräämisoikeutta puolestaan kommentoidaan, että lakiteksti jättää tulkinnan varaan, voiko vanhemmat kieltää jonkun tietyn hoitomuodon. Lisäksi oleellisena asiana mainitaan, että ”potilaslakiin on valmisteltu muutoksia, joiden tavoitteena on vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta hoidon toteuttamisessa ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa” (s.39).

Itsemääräämisoikeutta halutaan siis tuoda entistä enemmän keskiöön. (8)

Vuoden 2013 ja 2021 painokset ovat sisällöltään suhteellisen samanlaiset, vaikka sanamuodot saattavat poiketa. Painoksissa jaetaan eri kappaleihin

potilaan oikeus tiedonsaantiin, yhteisymmärrykseen pyrkiminen, potilasasiakirjamerkintöjen kirjausvelvollisuus sekä oikeus luottamuksellisuuteen. Omaisten osuudesta potilaan hoitoon todetaan, että jos sijaispäättöksentekijöiden näkemykset eroavat toisistaan, on ”viime kädessä lääkärin tehtävä hoitaa potilasta harkintansa mukaan tämän parhaaksi” (10, s.49). Tulkitsen tästä, että lääkärin sanan nähdään yhä olevan painoarvoltaan suurempi, vaikka päättöksenteko-oikeutta on pyritty antamaan tässä tapauksessa potilaan omaisille. (9,10)

Lisäksi kokonainen luku on molemmissa kirjoissa varattu itsemääräämisoikeuden käsittelyyn. Painoksissa todetaan, että lääkäreiden on tärkeä tuntea itsemääräämisoikeuteen liittyvä lainsäädäntö, vaikka kirjoissa sanotaankin lainsäädännössä olevan puutteita. Kirjoissa painotetaankin myös, että ”käytännön tilanteiden moninaisuus ja lainsäädännön puutteet korostavat potilasasiakirjamerkintöjen tärkeyttä” (10, s.52). Potilaan itsemääräämisoikeuden edistäminen näkyy nyt vahvasti näissä uusimmissa painoksissa. Painosten mukaan ”lääkärit ovat avainasemassa muutoksissa, joilla tavoitellaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja rajoitustoimenpiteiden vähentämistä hoitokulttuurissa” (10, s.51). Lääkäreiden tulee painosten mukaan pohtia, onko kussakin tilanteessa mahdollista käyttää itsemääräämisoikeutta rajoittamattomia keinoja hoitaa asiat. Esimerkiksi kirjoissa sanotaan, että ”monilla psykiatrisilla vuodeosastoilla on onnistuttu merkittävästi vähentämään pakkotoimia hoitokulttuuria kehittämällä” (10, s.54). Toisin sanoen itsemääräämisoikeutta tulee rajoittaa niin vähän kuin mahdollista, mutta se joutuu väistymään merkittävän yhteiskunnan edun ollessa ristiriidassa sen kanssa. Uusin, vuoden 2021 painos huomauttaa lisäksi myös, että ”toisaalta jotkin toimintatavat saattavat olla niin juurtuneita hoitokulttuuriin, että niitä ei välttämättä mielletä itsemääräämisoikeuden rajoituksiksi” (10, s.54). Tämä indikoi mielestäni siitä, että olemme valmiita arvioimaan myös vanhoja käytäntöjä uudelleen itsemääräämisoikeus mielessä pitäen ja pyrimme menemään itsemääräämisoikeutta painottavampaan suuntaan tulevaisuudessa. (9,10)

Tiivistettynä yksi merkittävimmistä asioista potilaan oikeuksiin liittyen viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana on potilaan itsemääräämisoikeuden

aseman vahvistuminen sekä potilaan oikeuksien lain säätäminen ja voimaantulo. Lääkärikunnan näkökannat potilaan oikeuksista eivät ole aineiston perusteella kovinkaan paljoa muuttuneet, mutta itsemääräämisoikeutta käsitellään seuraavassa painoksessa aina edellistä enemmän, ja samalla useampia näkökohtia sen alla otetaan huomioon. Aineistoista näkyy, miten potilaan oikeuksien lain säätämisen jälkeen potilaan oikeuksista puhutaan paljon enemmän, ja ne on aktiivisemmin nostettu esiin epäkohtien tunnistamiseksi. Lainsäädännön puutteisiin otetaan kantaa, ja yhteiskunnallinen kehityssuunta on vienyt jo pitkään keskustelua kohti itsemääräämisoikeuden vahvistamista.

## 4 Lisääntymisetiikka

### 4.1 Raskaudenkeskeytys

Vuonna 1950 säädettiin aborttilaki, joka salli raskaudenkeskeytykset myös sosiaalisin perustein sekä oikeudellisista syistä esim. väkisinmakaamisen johdosta. Lain säätämisen jälkeenkin ei-lääketieteellisin perustein tehtyjä raskaudenkeskeytyksiä ja kyseisen lain tarkoitusta kritisoitiin kovasti vanhemmissa lähteissä lääkärin etiikasta Suomessa, mutta asenteet olivat jo myötämielisempiä vuoden 1982 Lääkintäetiikka -kirjassa. (2,11)

Siinä raskaudenkeskeytyksistä kirjoittavat Kalle Achté, Lauri Autio sekä Tapani Tammisto, minkä lisäksi myös Reijo Norio sivuaa aborttia kliinisen genetiikan etiikan yhteydessä. Ensin mainittujen kappaleessa raskaudenkeskeytyksistä todetaan, miten kristinusko muodostaa vaikean eettisen ongelman abortin suhteen. Kirjan mukaan Suomessa abortti on sallittu myös puhtaasti sosiaalisin syin, mitä kristinusko ei hyväksy. Lisäksi yhteiskuntamyönteinen liberaali asenne raskaudenkeskeytyksiä kohtaan vähentää kirjan mukaan syyllisyydentunnetta. Kirjassa myös mainitaan, että abortti on aina negatiivinen asia lääkärin kannalta, vaikka se onkin laillista. Toisaalta lääkäri ei kirjoittajien mielestä saa olla ”tuomari” raskaudenkeskeytystä pyytävälle, vaan lääkärin tulee pyrkiä helpottamaan potilaan tilaa lisäämättä tälle syyllisyydentunnetta. Kirjassa sanotaan myös, että lääkäri voisi kieltäytyä omatunnon syistä abortin suorittamisesta. (2)

Reijo Norio puolestaan väittää suoraan, ettei abortin tekeminen ole kaikissa tapauksissa eettisesti oikein, vaikka lain nimissä siihen onkin oikeus. Hänen mielestään asenteita aborttia kohtaan pitäisi muuttaa kielteisempään suuntaan, vaikka laki ja oikeus aborttiin säilyisi. Norio toteaa myös, että lääkärin pitäisi potilaan kanssa keskustellen löytää ulospääsy raskaudenkeskeytyksestä. Tämä on hieman ristiriidassa edellisten kirjoittajien väitteen kanssa siitä, ettei lääkärin pitäisi lisätä syyllisyydentunnetta toimimalla ”tuomarina” aborttia hakevalle. Toisaalta geneettisin indikaatioin esimerkiksi ”vammaisuuden prevention” takia tehtyjä abortteja puolustellaan sen verran, että niiden väitetään olevan eettisempiä kuin sosiaalisin syin tehdyt abortit. Norio kirjoittaa näin: “Nykyisten abortti-indikaatioiden joukossa oikein asetetut

geneettiset indikaatiot ovat epäilemättä vahvimpien ja parhaiten perusteltujen joukossa. Siksi tuntuisi kohtuuttomalta, jopa epäeettiseltä, että tiukentaminen aloitettaisiin juuri näistä indikaatioista.” (s. 142) (2)

Vuoden 1989 painos kirjasta Lääkärietiikka on abortin osalta erittäin samankaltainen seuraavien vuosien 1992, 1996, 2000 sekä 2005 kanssa. Vuoden 1989 painoksessa korostuu vahvasti se, ettei abortin kuulu olla ensisijainen tapa ei-toivotun raskauden ehkäisyssä hyvän perhesuunnittelun sijasta, mutta se on potilaan perusoikeus. Lisäksi kirjassa todetaan selkeästi lääkärin oikeus kieltäytyä abortin toteuttamisesta sillä ehdolla, että asia ratkaistaan kollegiaalisin järjestelyin. Eettinen keskustelu raskauden keskeyttämisen ympärillä ei etene, vaan kirjassa todetaan, ettei aborttikeskustelussa ole voitu saavuttaa yksimielisyyttä abortin oikeutuksesta. Kirjassa myös sivutaan lyhyesti selektiivisen raskaudenkeskeytyksen eli sikiödiagnostiikan johdosta tehdyn abortin eettisiä ongelmia: “Raja varsinaisen ehkäisyneuvonnan ja raskauden keskeyttämisen välillä on hämärtynyt ja tuonut yhä selvemmin esille ns. selektiiviseen raskauden keskeyttämiseen liittyvät ongelmat.” (s. 38) (3)

Vuoden 1992 painos on muuten lähes identtinen, mutta siihen on lisätty, ettei raskauden keskeyttämisen kuulu olla rutiiniasia, vaan jokainen tapaus tulee käsitellä naisen elämäntilanne huomioiden. Raskaudenkeskeytystä hakevalle on painoksen mukaan annettava neuvontaa, joka ei kuitenkaan syyllistä hakijaa ja jättää lopullisen päätöksen hakijan tehtäväksi. Tulkitsen tämän selventävän vuoden 1982 kirjassa ilmennyttä ristiriitaa lääkärin roolista raskaudenkeskeytyksissä. Seuraava painos vuodelta 1996 on samanlainen edellisen kanssa, ja vuoden 2000 painokseen on lisätty vain lyhyt pohdinta: “niissä maissa, joissa seksuaalivalistus ja raskauden ehkäisyneuvonnot ovat helpoimmin saavutettavissa, on raskaudenkeskeytysten lukumäärä alhaisin. Toisaalta kokemukset ovat osoittaneet, että vaikka raskauden keskeyttäminen kielletään lailla, sitä kuitenkin käytetään hedelmällisyyden säätelyyn.” (7, s.21) (4,6,7)

Vuoden 2005 painoksessa on jo huomio siitä, että Suomen laki abortista on Euroopan tiukimpia, sillä monissa maissa ei vaadita enää mitään syytä esitettäväksi abortille. Painoksesta on myös poistettu suuri osa viittauksista

liittyen raskaudenkeskeytyksen etiikkaan ja keskusteluun sen ympärillä. Tulkitsen tämän ratkaisun viittaavan siihen, ettei eettistä keskustelua nähdä enää oleellisena terveydenhuollon kannalta, kun aikaisemmissakin painoksissa on vain todettu, ettei asiasta päästä yksimielisyyteen. Tässä painoksessa ei myöskään enää sivuta selektiivistä raskaudenkeskeytystä tai sen eettisiä ongelmia. (8)

Raskauden keskeyttämiseen suhtaudutaan vuoden 2013 painoksessa jo erittäin neutraalisti. Kirjassa ei ole mainintaa abortin etiikasta muutoin kuin, että ”etiikan tai oikeuden näkökulmasta lääkkeellinen ja kirurginen keskeytys eivät eroa toisistaan” (s.82). Tekstissä puhutaan aiempia painoksia enemmän siitä, miten naisella tulisi olla mahdollisuus saada keskusteluapua ja neuvontaa abortin jälkeen. Kirjassa mainitaan pakollinen ehkäisyneuvonta, jonka voisi tulkita yrityksenä välttää abortin tarpeen toistuminen. Lisäksi kirjan mukaan lääkärin pitää ottaa huomioon erikoisalavalintansa ja työnhakunsa kohdalla se, että raskauden keskeytys kuuluu julkisella puolella lääkärin virkavelvollisuuksiin, vaikka ongelmat vakaumuksen kanssa voitaisiin ratkaista ”työnjohdollisin ja kollegiaalisin keinoin” (s.82). (9)

Vuoden 2021 painos muistuttaa puolestaan vuoden 2013 painosta abortin suhteen. Uutena asiana mainitaan vuonna 2020 tehty kansalaisaloite raskauden keskeyttämistä koskevan lain uudistamiseksi, joka eteni eduskuntaan. Sen mukaan raskaana olevan oman tahdon tulisi riittää aborttiin. Lisäksi kirjassa mainitaan, että Lääkäriliitto on antanut omantunnonvapauden soveltamisesta suosituksen abortin suhteen. Sen mukaan lääkärin tulee kertoa muulle henkilökunnalle sekä esimiehelleen aikomuksestaan käyttää omantunnonvapautta sekä tarvittaessa myös informoida potilaita asiasta, jos sillä on merkitystä, kenen lääkärin vastaanotolle potilas hakeutuu. (10)

Lakia raskauden keskeyttämisestä on säädetty vain hieman kuluneen viidenkymmenen vuoden aikana vuoden 1970 aborttilaista (11), ja Suomessa kehitys abortteihin suhtautumisessa on ollut konservatiivista muihin Euroopan maihin verrattuna. Aineiston tekstien asenteet raskaudenkeskeytystä kohtaan ovat kuitenkin menneet koko ajan kielteisestä neutraalimpaan suuntaan. Potilaan oikeus saada abortti on tullut keskiöön, eikä asiaa nähdä tarpeellisena sen kummemmin moralisoida. Vuoden 2000 painokseen asti myös

sikiödiagnostisten perustein tehtyjä abortteja on pidetty eettisesti sen verran merkittävinä, että niistä on mainittu erikseen. Tosin ainoastaan vanhimmassa vuoden 1982 kirjassa nähdään tarpeellisenä korostaa geneettisten indikaatioiden olevan pätevä syy abortille.

#### 4.2 Lapsettomuuden hoito

Tahatonta lapsettomuutta voidaan hoitaa keinohedelmöityksen keinoin joko vanhempien omilla sukusoluilla tai luovuttajan ja toisen vanhemman sukusoluilla. Jo vuoden 1982 kirjassa Lääkintäetiikka puhutaan keinohedelmöityksen mahdollisuuksista. Kirjassa todetaan, että keinohedelmöitys luovuttajan sukusoluilla olisi hyvä ratkaisu silloin, kun perheessä on vaikea harvinainen peittyvästi periytyvä sairaus. Kirjan mukaan keinohedelmöitykseen ei sisälly suuria eettisiä ongelmia, mikäli siihen ryhtynyt perhe on ”erittäin kypsä ja ehjä” (s.144), jotta lapsi ei olisi turvaton esimerkiksi avioliiton rikkoontuessa. Keinohedelmöityksestä ei olla kuitenkaan vielä säädetty mitään lakia. (2)

Vuoden 1989 painoksessa kirjasta Lääkärietiikka on jo huomattavasti enemmän tekstiä keinohedelmöityksestä, vaikka lait aiheesta ovat vasta valmisteilla. Erityisesti koeputkihedelmöitysten tulokset ovat kirjan mukaan parantuneet, ja hoidot ovat saaneet enemmän julkisuutta. Painoksessa mainitaan myös, että koeputkihedelmöityksiin on kohdistunut runsaasti ennakkoluuloja ja pelkoa, vaikkei tieteellistä syytä asialle suoranaisesti ole. Kriittinen keskustelu keinoalkuisista hedelmöitysmuodoista on kuitenkin kirjan mukaan välttämätöntä. Toisaalta kirjan mukaan oman puolison sukusoluilla tehdyssä keinosiemennyksessä tai koeputkihedelmöityksessä ei ole eettisiä ongelmia, vaikka tosin katolinen kirkko ei IVF-hoitoja hyväksy. Uudeksi kiistellyksi asiaksi on muodostunut kysymys siitä, pitäisikö lapsen täysi-ikäistyttyään saada tietää luovuttajan henkilöllisyys. Kirjassa mainitaan puolusteluja sekä täysin sen puolesta ja vastaan että ehdotus siitä, että henkilöllisyys paljastetaan vain vanhempien ja luovuttajan ollessa asiasta samaa mieltä. Kirjan mukaan Suomen sen hetkisen käytännön mukaan luovuttaja ei

saa tietää, onko hänen siemennesteestään syntynyt lapsia. Lisäksi mainitaan, ettei alkioden pakastuksesta tai säilytysajasta ei ole selkeitä ohjeita. (3)

Vuoden 1992 painoksessa mainitaan myös edelleen valmisteilla oleva laki ihmisen keinoalkuisesta lisääntymisestä. Parin omilla sukusoluilla tehdystä keinohedelmöityksestä ollaan tarkennettu sen verran, ettei sukupuolta saisi valikoida muuten kuin perinnöllisten sairauksien nojalla, jos sukupuolta määrittävässä geenissä on myös perinnöllinen sairaus. Kiistanalaisin kysymys keinohedelmöityksestä on silti lahjoittajan henkilöllisyyden paljastaminen, sillä lääkäreiden ja lainlaatijoiden näkemykset poikkeavat tässä toisistaan. Kirjan mukaan Lääkäriliiton näkemys on, ettei kenelläkään pitäisi olla oikeutta selvittää luovuttajan henkilöllisyyttä, koska ”tiedon olemassaolo saattaisi häiritä vanhempien ja lapsen vuorovaikutussuhdetta” (s.9). Toisaalta kirjan mukaan Suomessa valmistellaan lakia oikeudesta saada tietää sukusolun luovuttaja lapsen täyttäessä 18 vuotta. Tämän kannattajat vetoavat siihen, että lapsella on oikeus tietää biologinen alkuperänsä. Kirja puolestaan ehdottaa, että perheet voisivat valita itse joko tunnetun tai tuntemattoman lahjoittajan esimerkiksi siltä varalta, että joku pari kaipaisikin omilta sisaruksilta sukusolujen lahjoitusta. Vuoden 1992 painos on myös kirjasarjan ensimmäinen, jossa mainitaan kohdunvuokraus. Kirjassa todetaan, että Lääkäriliiton mukaan kohdunvuokrausta voisi käyttää vain erityistapauksissa lääketieteellisin perustein, ja siihen ei saa missään nimessä liittyä esimerkiksi kaupallisia perusteita. Kirjassa kuitenkin sanotaan myös, että kohdunvuokrausta on pidettävä eettisesti arveluttavana, ”koska se saattaa johtaa huonompiosaisten naisten hyväksikäyttöön tai ristiriitoihin sen suhteen, ketä on pidettävä lapsen äitinä” (s.10). Lisäksi sanotaan, että lahjoitettuja sukusoluja käyttäessä voidaan huomioida hiusten ja silmien väri, pituus, veriryhmä ja etninen ryhmä, jotta lapsi muistuttaisi fyysisiltä ominaisuuksiltaan vanhempiansa. Alkioiden pakastuksesta sanotaan, että Lääkäriliitto pitää kymmentä vuotta sopivana enimmäisaikana pakastamiselle. Kyseinen maininta on kuitenkin poistettu vuoden 2000 painoksesta, jossa on sanottu vain, että laki asiasta on valmisteilla (7). Vuoden 1992 kirjassa mainitaan lisäksi, että Lääkäriliiton mukaan keinollisia lisääntymismenetelmiä tulisi käyttää vain naisille, jotka ovat avio- tai avoliitossa. ”Näin halutaan turvata lapselle oikeus perheeseen, jossa on sekä äiti että isä.” (s.10) (4)

Vuoden 1996 ja 2000 painokset ovat likimain samanlaisia kuin vuoden 1992 painos. Hedelmöityshoitoihin liittyvät lait ovat edelleen kesken. Vuoden 2000 painoksessa puhutaan jo mahdollisuudesta hoitaa miehestä johtuvaa lapsettomuutta yksittäisen siittiön mikroinjektiolla munasoluun, minkä ansiosta ”lähes kaikille lapsettomuudesta kärsiville pareille kyetään tarjoamaan tehokkaita hoitomenetelmiä” (7, s.17). Kyseiseen painokseen on myös lisätty maininta, että ”tietoa hedelmättömyydestä, sen syistä sekä tutkimus- ja hoitomahdollisuuksista pitää olla kaikkien saatavilla” (7, s.17). Lisäksi vuoden 2000 painoksessa kohdunvuokrauksesta on alettu käyttää sanaa sijaissyntyys. (6,7)

Vuoden 2005 kirjassa mainitaan, että kaikissa muissa Pohjoismaissa on hedelmöityshoidon antamisesta säädetty jo erillinen laki. Suomessa puolestaan lapsettomuusklinikat toimivat ”yhdessä sovittujen eettisten periaatteiden ja kansainvälisten suositusten sekä tutkimustulosten perusteella” (s.64). Kirjan mukaan ”Suomessa on valmisteltu hedelmöityshoitoja säätelevää lakia jo parikymmentä vuotta, mutta siihen liittyvistä periaatteellisista kysymyksistä on ollut vaikea päästä yksimielisyyteen” (s.64). Kiistoja on muun muassa siitä, pitäisikö naispareille ja itsenäisille naisille tarjota myös hedelmöityshoitoja, mitä tietoja lahjoittajista kerättäisiin ja saisiko lapsi tietää lahjoittajan henkilöllisyyden. Suomen Lääkäriliitto ei kirjan mukaan kannata edelleenkään sukusolujen lahjoittajan henkilöllisyyden paljastamista syntyneelle lapselle. Kirjassa sanotaan lisäksi, että hedelmöityshoitoja säätelevän lain pitäisi olla ”ns. puitelaki, joka määrittelisi hoidon pääperiaatteet [...], mutta ei rajaisi yksittäisiä lääketieteellisiä hoitomenetelmiä” (s.65). Mielenpide sijaissyntytyksestä on puolestaan muuttunut. Painoksessa sijaissyntytystä pidetään kaikissa tapauksissa eettisesti arveluttavana, eikä pelkästään silloin, kun mukana on taloudellisia tavoitteita. Sijaissyntytykseen ei ole kirjan mukaan kunnollista juridista tukea millään osapuolella, ja se saattaisi johtaa sekä sijaissyntyttäjän hyväksikäyttöön että lapsen tasapainoisen kehityksen vaarantumiseen jonkun osapuolen perussa suostumuksensa kesken kaiken. (8)

Vuoden 2013 ja 2021 painokset ovat lähes identtisiä. Molemmissa mainitaan hedelmöityshoitolaki (1237/2006), joka tuli viimein voimaan 1.9.2007. Sen mukaan hedelmöityshoitotoimintaa saa harjoittaa, kun siihen hankkii

asianmukaiset luvat. Lisäksi sijaissyntytyksestä tehtiin laitonta, ja miesparien hoito ja sukusolujen tai alkioden käyttö luovuttajan kuoleman jälkeen oli kiellettyä. Naispareille ja itsellisille naisille on tarjottu myös julkisella puolella hoitoja vuodesta 2020 alkaen. Tämä on suuri ero vuoden 1992 painokseen, jossa Lääkäriliiton mielestä hedelmöityshoitoja tulisi tarjota vain perheisiin, joissa on äiti ja isä. Tulkitsen tämän johtuvan yhteiskunnan liberalisoitumisesta, sillä perhettä, jossa on äiti ja isä ei nähdä enää ainoana soveltuvana ympäristönä lapselle. Lisäksi luultavasti sijaissyntytyksen laittomuuden takia vuoden 2021 painoksessa mainitaan, että Suomessakin on pohdittu kohdunsiirtojen mahdollisuudesta tulevaisuudessa. Kirjoissa sanotaan, että “luovutetusta sukusolusta tai alkioista syntyneellä henkilöllä on oikeus 18 vuotta täytettyään saada tietää biologinen alkuperänsä” (10, s.108), vaikka edellisissä painoksissa Lääkäriliitto on ollut asiaa vastaan. Kuitenkaan vanhemmilla ei käytännössä ole suoraa velvollisuutta kertoa lapselleen hänen alkuperäänsä, joskin siihen vahvasti kannustetaan. Lisäksi molemmissa painoksissa pohditaan myös sitä, voiko lääkäri mainostaa hoitomahdollisuuksia ulkomailla, jos Suomessa kyseinen hoito ei ole mahdollista. Kirjoissa sanotaan, ettei se ole lain mukaan sallittua, mikäli kyseiset hoidot ovat Suomessa laittomia, mutta ulkomaan hoitojen komplikaatiot kuitenkin hoidetaan potilasta syylistämättä. (9,10)

Molemmissa kirjoissa puhutaan myös hedelmöityshoitojen kustannuksista. Lapsettomuuden hoitoa ei painoksissa nähdä edelleenkaan ihmisen perusoikeutena, minkä takia kaikkea ei suostuta hoitamaan julkisella puolella. Julkisella puolella hoitoa saa painosten mukaan, jos hoidon vaikuttavuus, turvallisuus ja resurssit kohtaavat: “Esimerkiksi koeputkihedelmöityksen edellytyksenä julkisessa terveydenhuollossa on, että hoidon onnistumisen todennäköisyys on vähintään kymmenen prosenttia yhtä hoitokertaa kohti.” (10, s.107) Lisäksi vuoden 2013 painoksen aikaan kroonista tarttuvaa virusinfektiota sairastavia ja luovutettuja sukusoluja tarvitsevia naispareja ja itsellisiä naisia ei ollut velvoitetta hoitaa julkisin varoin, mikä kuitenkin muuttui vuoden 2021 painokseen mennessä. (9,10)

Yhteenvedon totean, että hedelmöityshoitoja tarjotaan yhä enemmän myös julkisella puolella, ja niiden kysyntä on myös kasvanut teknologian kehittyessä. Yhteiskunnan liberalisoituminen ja hoitojen kehittyminen ovat mahdollistaneet

hedelmöityshoitojen tarjoamisen muillekin kuin heteropareille. Nykyinen miesparien poissulkeminen hoidon piiristä tuntuu kuitenkin olevan monien mielestä yhdenvertaisuutta vastaan, vaikka syyt löytyvätkin käytännön ongelmista ja juridisista esteistä. Aineistossa ei myöskään ollut mainintaa kyseisestä ristiriidasta yhdenvertaisuuden kannalta.

Hedelmöityshoitojen suhteen ollaan viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana oltu aina varovaisia ja kriittisiä, vaikka vahvaa vastustusta aiheelle ei aineistojen perusteella ole. Kyseessä on kuitenkin täysin uusi hoitomenetelmä, jota täytyy eettiseltä kannalta pohtia ennen hoidon toteuttamista suuressa mittakaavassa. Vuonna 2007 voimaan astunut laki on selkeyttänyt hedelmöityshoitojen käytäntöjä erittäin paljon. Hedelmöityshoitojen kehitys on myös hyvä esimerkki tapauksesta, jossa teknologia kehittyi nopeammin kuin eettinen keskustelu ehti seurata perässä. Siksi lain säätäminen kesti kauan, ja Suomessa jouduttiin turvautumaan vuosikymmeniksi pelkkiin suosituksiin ja ohjeistuksiin.

### **4.3 Alkio- ja sikiödiagnostiikka**

Kirjassa Lääkintäetiikka (1982) Reijo Norio kirjoittaa sikiödiagnostiikasta. Kirjan mukaan silloiset yleisimmät menetelmät sikiödiagnostiikkaan olivat 15.–16. raskausviikkona tehdyn amniosenteesin avulla saadun lapsivesinäytteen tutkiminen sekä sikiön ultraäänitutkimus. Vähemmän vakiintuneita olivat mm. fetoskopia ja sikiön röntgentutkimukset. Norio näkee sikiödiagnostiikan etiikan kulkevan teknologian kehityksen kanssa käsi kädessä; uusia eettisiä ongelmia syntyy tutkimustekniikan kehittyessä, ja välillä tietyt menettelytavat vakiintuvat jo ennen kuin niitä on eettisestä näkökulmasta ehditty kunnolla pohtia. Norion mukaan on eettisesti melko erilaista käsitellä tietyn perheen riskitilanteen sikiödiagnostiikkaa ja suurten väestöryhmien seulontatyyppejä tutkimuksia. Jälkimmäiseen liittyy kirjan mukaan enemmän ongelmia, koska se saattaa luoda liikaa pelkoja ja ennakkoluuloja ihmisissä suhteessa sen tuomiin yksittäisiin hyötyihin. (2)

Norio listasi ylös yleisesti hyväksytyjä vaatimuksia sikiödiagnostiikasta. Niiden mukaan kenelläkään ei pitä olla velvoitetta osallistua sikiödiagnostiikkaan,

etsittävän sairauden on oltava ”vakava” (vaikka sen määrittely onkin subjektiivista) ja äidin on saatava täysi selvitys tutkimuksista ennen, kun niistä päätetään. Lisäksi kirjassa sanotaan, että ”lapsivesipunktiot on keskitettävä vain muutamisiin yksikköihin” (s.135) osin toimenpiteeseen liittyvien riskien takia. Samoin ”yksityisyrittely” lapsivesipunktion tarjoamisessa on Norion mukaan erittäin epäeettistä. Tulkitsen kyseisen väitteen kumpuavan ennemmin siihen aikaan tarjottujen lapsivesipunktioiden turvallisuuskysymyksistä, sillä nykyään myös yksityisellä sektorilla voi olla mahdollista tehdä NIPT tutkimuksien jatkeeksi lapsivesipunktioita. (2)

Vuoden 1982 kirjassa perustellaan myös hyvin kattavasti sikiödiagnostiikkaa eettisessä valossa. Sikiödiagnostiikkaan liittyvään aborttiin suhtaudutaan puolustelevasti. Norion mielestä esimerkiksi sosiaalisin syin tehdyt abortit ovat tuomittavampia kuin ”erittäin tiukoin lääketieteellisin kriteerein tehdyt selektiiviset abortit” (s.137), minkä takia kirjoittajasta tuntuu väärältä, jos ensimmäisenä rajoitettaisiin kyseisiä selektiivisiä abortteja. Norio näkee sikiödiagnostiikan ennemmin aborttien vähentäjänä, sillä sikiödiagnostiikan avulla voidaan ”säätää terveen sikiön henki riskiraskaudessa” (s.136). (2)

Vammaisuuteen kohdistuvien asenteiden ja sikiödiagnostiikan välillä Norio ei näe suoraa yhteyttä. Norio kirjoittaa: ”Sikiödiagnostiikkaa ei ollenkaan pitäisi käsittää arvokysymykseksi. Selektiivistä aborttia ei koskaan suunnitella tai tehdä sen takia, että sen kohde olisi arvottomampi tai huonompi kuin muut.” (s.137) ”Siitä huolimatta, että vammaisuutta pyritään ehkäisemään ennalta, on olemassaolevia vammaisia autettava ja heidän asemaansa helpotettava kaikin käytettävissä olevin keinoin.” (s. 138) Norio toteaa, että ”on taisteltava mieluummin vammaisuuteen kohdistuvia nurjia asenteita kuin sikiödiagnostiikkaa vastaan” (s.138). (2)

Lisäksi sikiödiagnostiikka saattaa luoda kirjan mukaan pelkoja siitä, että tuleva lapsi olisi sairas. Näitä helposti syntyviä ennakkoluuloja vastaan pitäisi ensisijaisesti taistella ”järkevän ja hyvin suunnatun valistuksen avulla” (s. 139). Norio mainitsee, että pelkojen takia on syytä myös pohtia, ovatko esimerkiksi väestötason seulonnat tarpeen. Aiheuttavatko ne enemmän pelkoa ihmisissä suhteessa sikiödiagnostiikan tuomiin yksittäisiin hyötyihin? (2)

Vuoden 1989 kirjassa Lääkäriin etiikka tärkeimpinä tutkimusmenetelminä pidetään ultraäänitutkimuksen ja lapsivesitutkimuksen lisäksi myös istukkanäytteen tutkimusta. Kyseisessä painoksessa ei myöskään nähdä enää tarpeellisena perustella sikiödiagnostiikan etiikkaa yhtä läpikotaisesti abortin tai vammaisuuteen liittyvien asenteiden kohdalla. Kirjassa ei esimerkiksi puhuta enää, että geneettisin indikaatioin tehdyt abortit olisivat oikeutetumpia kuin sosiaalisin syin tehdyt abortit. Kirjassa mainitaan vain, ettei raskauden keskeytykseen oikeuttavista häiriöistä voi laatia diagnoosiluetteloa, vaikka eettiset ongelmat liittyvätkin pääosin raskauden keskeytyksiin. Muu sisältö sikiödiagnostiikan säädöksistä ei poikkea vanhemman kirjan linjasta. Erityisesti kirjassa korostetaan sikiödiagnostiikan vapaaehtoisuutta ja sen turvaamista kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Lisäksi mainitaan, että sivulöydöksenä selviävän vauvan sukupuolen voi ilmoittaa vasta niin myöhäisessä vaiheessa, ettei raskautta voi enää keskeyttää. Kyseinen ehto on poistettu kuitenkin heti seuraavasta vuoden 1992 painoksesta, vaikka muuten painokset ovat lähes identtisiä. (3,4)

Myös vuoden 1996 painos on lähes identtinen edeltäjänsä kanssa. Tässä painoksessa ollaan kuitenkin korostettu erityisesti sitä, että on eettisesti paljon ongelmallisempaa tarjota sikiödiagnostiikkaa perheelle, jossa mitään vammaisuutta ei olla osattu epäilläkään, sillä tällöin tuodaan turhia stressin aiheita perheelle. (6)

Vuoden 2000 painokseen on lisätty mainintoja myös alkiodiagnostiikasta. Alkiodiagnostiikkaa voidaan kirjan mukaan käyttää valikoimaan kohtuun siirrettäväksi alkioita, joilla ei ole tunnistettuja kromosomipoikkeavuuksia. Alkiodiagnostiikasta todetaan, että menetelmä on uusi ja lainsäädäntö puuttuu. Lisäksi painos nostaa esille uhkakuvia alkiodiagnostiikan liikakäytöstä tulevaisuudessa ”helppoutensa” takia. Toisaalta alkiodiagnostiikassa tehty sairaiden alkoiden karsiminen nähdään kirjan mukaan kenties eettisempänä vaihtoehtona kuin myöhempi raskauden keskeytykseen johtava sikiödiagnostiikka. (7)

Painoksessa vuodelta 2005 mainitaan alkiodiagnostiikan kohdalla myös, että sitä voidaan käyttää perheissä, joissa on ennalta tunnettu suuri riski sairaan lapsen saamiselle. Tällöin lapsen saamiseen käytettäisiin hedelmöityshoitoja ja

samalla vältetään myöhempi sikiödiagnostiikasta mahdollisesti seuraava raskaudenkeskeytys. Sikiödiagnostiikasta puolestaan todetaan, ettei tasavertaisuus toteudu täydellisesti, kun ”Suomessa seulontoja tarjotaan eri tavoin valituille potilasryhmille ja erilaisin menetelmin asuinpaikkakunnasta riippuen” (s.68). Lisäksi kirjan mukaan sikiödiagnostiikan seulontojen tarjoaminen julkisessa terveydenhuollossa voi olla ongelmallista, jos sen näkee julkisen terveydenhuollon kannanottona sikiödiagnostiikan puolesta. Muutoin painos on jatkaa samoilla linjoilla edeltävien kanssa. (8)

Vuoden 2013 painoksessa mainitaan jo hedelmöityshoitolaki vuodelta 2006, jossa säädetään myös alkiodiagnostiikasta. Kirjassa sanotaan, että lain mukaan ”hedelmöityshoidon tuloksena syntyvän lapsen ominaisuuksiin vaikuttaminen on sallittu valikoitaessa tutkitun vakavan sairauden kannalta terveiksi todettuja alkioita” (9, s.88). Seuraavassa vuoden 2021 kirjassa kuitenkin huomautetaan, ettei laki tarkkaan määrittele, millainen on ”vakava sairaus”, mikä voi johtaa potilaiden eriarvoisuuteen hoitoon pääsyssä. Alkiodiagnostiikan liikakäyttöä estetään molempien kirjojen mukaan lainsäädännöllä, ja molemmissa painoksissa mainitaan, ettei esimerkiksi ominaisuuksiin perustuva seulonta ole nykyisellä geneettisellä tiedolla mahdollista. Tosin uusimmassa painoksessa sanotaan: ”Geneettiset menetelmät ovat kehittyneet siten, että alkioiden laaja-alainen geneettinen seulonta voisi olla pian teknisesti toteutettavissa. Tiedon lisääntyessä ja tekniikoiden kehittyessä on entistä tärkeämpää pohtia, millä tavoin tällaisia mahdollisuuksia halutaan käyttää.” (10, s.112–113) Lisäksi molemmista painoksista löytyy sama erillinen lisäys kudasantigeenityypeistä: ”Suomessa laki ei salli sellaista alkioiden valintaa, jonka avulla perheeseen voitaisiin saada kaksi kudasantigeenityypiltään samankaltaista lasta. Tällainen tarve syntyy silloin, kun perheessä on jo sairas lapsi, jonka hoitoon tarvittaisiin kudostyypiltään samankaltaisia kantasoluja. Alkiodiagnostiikkaa käytetään useissa maissa tähän tarkoitukseen.” (10, s.114) (9,10)

Vanhimmassa vuoden 1982 kirjassa löytyy huomattavasti enemmän perusteluja sikiödiagnostiikan puolesta verrattuna uusimpiin. Samanlaista Norion kirjoitusten tyylistä eettistä pohdintaa ei enää uudemmissa painoksissa ole, vaan niissä tuodaan keskiöön ainoastaan sikiödiagnostiikan mahdollisesti aiheuttamat turhat pelot ja huolet perheissä. Yleinen kanta sikiödiagnostiikasta

on pysynyt samana, joskin Norion kirjoituksissa nähtiin tarpeellisempaa perustella sitä tarkemmin ja jopa nykyaikana kenties poliittisesti epäkorrektein argumentein. Puolestaan termiä ”selektiivinen abortti” ei olla enää käytetty vuoden 1982 kirjan jälkeen. Vaikka teknologia ja geneettinen tieto on viime vuosikymmeninä kehittynyt paljon, eettinen keskustelu sikiödiagnostiikasta Lääkärin etiikka -kirjoissa on ollut vähäisempää. Alkiodiagnostiikka on alkanut vahvistamaan asemaansa viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Toisaalta siihen on myös aina suhtauduttu varoen heti ensimmäisistä maininnoista lähtien alkiodiagnostiikan liikakäytön uhan vuoksi.

## 5 Elämän loppu

### 5.1 Eutanasia

Sanan "eutanasia" alkuperäinen merkitys on tarkoittanut hiljaista, helppoa ja rauhallista kuolemaa. Lisäksi sitä on käytetty tarkoittamaan sitä, että lääkäri auttaisi potilasta kuolemaan mahdollisimman rauhallisesti ja tuskattomasti (1). Sanaa on kuitenkin pitkään käytetty tarkoittamaan potilaan kuoleman edistämistä joko pidättäytymällä kuolevan potilaan hoidoista tai varta vasten tuottamalla kuoleman potilaan pyynnöstä. Ensin mainittua on kutsuttu "passiiviseksi eutanasiaksi", mutta termi on todettu ongelmalliseksi, ja siitä on haluttu eroon. Jälkimmäistä kutsutaan aktiiviseksi eutanasiaksi tai pelkästään eutanasiaksi.

Kun lääketieteen keinot kuolevan potilaan hengissä pitämiseen laajenivat 1960-luvulta lähtien, erityisesti potilaan kuoleman salliminen ja elämää pitkittävästä hoidosta pidättäytyminen on alkanut mitä enenevässä määrin herättämään yhteiskunnallista keskustelua myös lääkärikunnan sisällä (2). Nykyään myös aktiivisesta eutanasiasta käydään paljon keskustelua, ja muutamat maat ovat sen sallineet tarkoin rajoituksin (10).

Vuoden 1982 teoksessa Lääkintäetiikka eutanasia jaetaan "aktiiviseen" ja "passiiviseen" eutanasiaan. Kirjassa todetaan, että "eutanasia on pyritty jaottelemaan aktiiviseen ja passiiviseen muotoon sen mukaan, pyritäänkö kuolemaa jouduttamaan joidenkin toimenpiteiden avulla tai aloitetun hoidon keskeyttämiselle vaiko siten että hoitoa, jonka avulla kuolemaa voitaisiin ehkä siirtää, ei lainkaan aloiteta" (s.162). Määritelmä on poikkeuksellinen verrattuna tuoreempiin painoksiin, joissa hoidon lopettaminen on poistunut "passiivisen eutanasian" piiristä. Vuoden 1982 painoksen mukaan aktiivista eutanasiaa "ei voida hyväksyä missään olosuhteissa" (s.163), vaikka sitä nimitetään tekstissä "laupeus- eli armokuolemaksi". "Passiiviseen eutanasiaan" suhtauduttiin suopeammin, mutta termi itsessään nähtiin turhana, sillä se miellettiin tarkoittavan oikeassa tilanteessa vain hoitopäätösten tekoa potilaan parasta ajatellen. Esimerkiksi elämän pituutta lyhentävien lääkkeiden antaminen nähtiin eettisesti oikeana menettelynä silloin, kun muuta vaihtoehtoa kärsimysten lievittämiselle ei ole. (2)

Vuoden 1989 painoksessa kirjasta Lääkärietiikka elämää pitkittävästä toimenpiteistä luopuminen on alettu mieltää ”passiiviseksi eutanasiaksi” toisin kuin vuoden 1982 teoksessa. 1989 kirjassa todetaan, että ”monen mielestä tulisi luopua koko eutanasia-käsitteestä, josta vain syntyy käsitys, että lääkäri eikä sairaus aiheuttaisi potilaan kuoleman” (s.52). Kirjan mukaan hyvä terminaalihoido korvaa eutanasia-käsitteen tarpeen. Teoksessa mainitaankin Lääkintöhallituksen terminaalihoido-ohjeet vuodelta 1982, jotka ovat selkiyttäneet kuolevan potilaan hoitoa ilman, että eutanasiaa tarvitsisi ottaa esiin. Aktiivisesta eutanasiasta on myös erillisiä mainintoja. Se nähtiin edelleen hyvän sairaanhoidon linjan vastaisena. Kirjassa todetaan, että ”lääkärin perinteinen etiikka ei hyväksy lääkärintaidon käyttämistä ihmisen tahalliseen surmaamiseen” (s.52). Eutanasia-sanana lisäksi kirjassa käytetään synonyymeinä armokuolemaa ja kuolinapua. (3)

Eutanasialle ei vuoden 1992 painoksessa ole varattu omaa lukua, vaan sitä sivutaan ”Kuolevan potilaan hoito” -luvussa. Tästä päätellen eutanasia nähtiin käsittelyä tarvitsevana kysymyksenä vain kuolevan potilaan hoidon yhteydessä. Muissa teemoissa eutanasiaa ei ole edes nostettu esiin. Yleinen suhtautuminen eutanasiaan ei ollut muuttunut edelliseen painokseen nähden, ja teksti on lähes identtinen. Myös tässä painoksessa termit ”armokuolema” ja ”kuolinapu” ovat käytössä. (4)

Vuosien 1996 sekä 2000 painokset ovat sisällöltään eutanasian suhteen melkein identtisiä. ”Passiiviseen eutanasiaan”, eli tarkemmin sanottuna normaaliin ”kuolevan potilaan hoitokäytäntöön” suhtauduttiin edelleen samoin. Toisaalta yhteiskunnallinen keskustelu aktiivisen eutanasian sallimisesta oli voimistunut. Hollannissa eutanasian toteuttamisesta tuli mahdollista vuonna 1993 tiettyjen ehtojen täytyessä. Tämä oli vastaus yhteiskunnalliselle liikkeelle eutanasian puolesta, kun maan parlamentti hyväksyi hallituksen esityksen eutanasian laillisesta säätelystä (12). Suomen Lääkäriliitto sekä kansainväliset lääkärijärjestöt vastustivat kuitenkin edelleen aktiivista eutanasiaa. Myös lääkäriavusteiseen itsemurhaan suhtauduttiin kielteisesti. Vaikka kirjassa myönnetään, että aktiivinen eutanasia saattaa joskus olla inhimillisin ratkaisu, sitä ei silti voida laillistaa väärinkäytön ja vaikeiden tulkintaongelmien mahdollisuuden takia. Aikaisemmissa teoksissa aktiivisen eutanasian

vastustusta perusteltiin vain toteamalla sen olevan vastoin lääkärin etiikkaa. Termit ”armokuolema” ja ”kuolinapu” miellettiin yhä yleisessä kielenkäytössä eutanasian synonyymeiksi. (6,7)

Vuoden 2005 painoksessa ei ns. ”passiivista eutanasiaa” käsitellä muuten kuin toteamalla, että on parempi käyttää muita ilmaisuja ”hyödyttömien hoitojen lopettamisesta” (s.115). Aktiivisesta eutanasiasta ei puhuta enää armokuolemana, mutta sanaa ”kuolinapu” käytetään yhä. Useassa maassa oli tähän mennessä muokattu ja säädetty lakeja niin, että aktiivinen eutanasia tai lääkäriavusteinen itsemurha oli mahdollista tehdä. Toisaalta kirjassa myös mainitaan, että monessa maassa aloitteet lakien muuttamisesta eutanasiaa sallivampaan suuntaan oli torjuttu. Suomen lainsäädännössä ei kirjan mukaan itsemurhan avustaminen ollut käytännössä rangaistava teko. (8)

Vuoden 2005 kirjaan on myös lisätty Maailman lääkäriliiton (WMA) kannanotto, missä lääkäreitä kehoitetaan pidättäytymään eutanasiasta ja itsemurhan avustamisesta, vaikka se ei lain mukaan olisi kiellettyä. Tapaus korostaa sitä, että laki ja lääkärin etiikka saattavat olla ristiriidassa keskenään. Lisäksi tekstissä on esitetty useita perusteluja aktiivista eutanasiaa vastaan mitä luultavammin reaktiona kiihtyneelle yhteiskunnalliselle keskustelulle. Teoksen mukaan aktiivisen eutanasian laillistaminen saattaisi mahdollistaa väärinkäyttöä ja muuttaisi perustavalla tavalla lääkäriprofession ammatti-identiteettiä. Perusteluissa korostuu myös se, ettei lääkärin toteuttamaa eutanasiaa voida laillistaa ilman käytännön ongelmia. (8)

Painoksessa vuodelta 2013 erotellaan vahvasti eutanasia ja kuolevan potilaan elämää pitkittävästä hoidosta luopuminen. Vanhemmissa painoksissa on käytetty herkemmin sanaa ”passiivinen eutanasia”, vaikka niissäkin käsitettä on kritisoitu. Vuoden 2013 kirjassa korostetaan, ettei kyse ole ns. passiivisen eutanasian harjoittamisesta, vaan normaalin hoidon toteuttamisesta. Lisäksi tekstissä ei enää käytetä sanoja ”kuolinapu” tai ”armokuolema” eutanasian synonyymeinä. Tekstissä todetaankin, että osa eutanasiakeskustelun ongelmaa on termien käyttö sekaisin ja eutanasian määritelmän epäselkeys. Vuoden 2021 painoksessa erityisesti termi ”kuolinapu” saa kritiikkiä, sillä se voi tulkinnasta riippuen tarkoittaa joko palliatiivista hoitoa, avustettua itsemurhaa tai eutanasiaa. (9,10)

Avustetun itsemurhan laillisuutta Suomessa perustellaan tekstissä osin sillä, että teon kriminalisoiminen voisi johtaa ongelmatilanteisiin itsemurhan tehneen läheisten kanssa. Vuoden 2013 painokseen on kirjattu Maailman lääkäriliiton (WMA) julistus, jonka mukaan sekä eutanasia että lääkäriavusteinen itsemurha ovat ristiriidassa lääketieteen eettisten periaatteiden kanssa ja lääkäreiden tulisi pidättäytyä niistä, vaikka ne olisivatkin maan lakien mukaan sallittuja. Kyseinen toteamus on kuitenkin poistettu vuoden 2021 painoksesta, kun WMA:n julistusta eutanasiasta muutettiin vuonna 2019. Uusin WMA:n julistus toteaa sen, ettei yhtäkään lääkäriä saa pakottaa olemaan mukana eutanasiassa tai avustetussa itsemurhassa (13). Vuoden 2021 kirjan aloituskappale on muutoin samanlainen verrattuna 2013 painokseen, joka muistuttaa sisällöltään muutenkin uudempaa versiota. Aktiivisen eutanasian vastustamista perustellaan molemmissa painoksissa sillä, ettei hoitojärjestelmän puutteita pidä korjata eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan avulla. (9,10)

Lisäksi uusimmassa Lääkäriliiton painoksessa Lääkärietiikka (2021) kerrotaan, että Suomessa on ryhdytty poliittisiin toimiin elämän loppuvaiheen hoidon selvityksestä sen jälkeen, kun kansalaisaloite eutanasian sallimisesta hylättiin. Eutanasian laillistaminen on nykypäivänä saanut paljon yhteiskunnallista kannatusta. Vastaavasti myös moni lääkäri suhtautuu nykypäivänä eutanasiaan liberaalimmin. Tosin harvempi lääkäri voisi itse harkita toteuttavansa eutanasian. Syksyllä 2020 tehdyn kyselyn mukaan puolet työikäisistä lääkäreistä vastusti ja puolet kannatti eutanasian laillistamista. Mielipiteet lääkäriavusteisesta itsemurhasta olivat muuttuneet sallivampaan suuntaan. Toisaalta saattohoitoa antavista lääkäreistä vain 17 % kannatti eutanasian sallivaa lakia ja 15 % lääkäriavusteisen itsemurhan sallivaa lakia 2017 kyselyssä. (10)

Yhteenvedona voi todeta, että viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana aktiivinen eutanasia on noussut polttavammaksi aiheeksi lääkärin etiikassa samalla, kun näkemys ”passiivisen eutanasian” kuulumisesta normaaliin hyvään hoitokäytäntöön on muuttunut lähes itsestäänselvyydeksi ja itse passiivisen eutanasian käsitteestä ollaan pitkälti luovuttu. Ennen vuoden 1996 painosta teoksissa käsiteltiin huomattavasti enemmän ”passiivista eutanasiaa”, kun taas

aktiivisesta oli vain mainintoja. Uudemmissa painoksissa ilmiö on päinvastainen.

Suomen Lääkäriliitto vastustaa nykypäivänä aktiivista eutanasiaa samoin eettisin perustein kuin neljäkymmentä vuotta sitten, mutta keskustelu eutanasian ympärillä on muuttunut avoimemmaksi. Toisaalta käytännön tason perusteita eutanasian laillistamista vastaan esimerkiksi lääkäriammattikunnalle kuulumattomasta velvoitteesta, ennakoimattomista kehityskuluista ja väärinkäytöstä on lueteltu enemmän myöhemmissä teoksissa vuodelta 1996 lähtien. Vanhemmissa teoksissa aktiivista eutanasiaa vastustetaan yksioikoisesti toteamalla, ettei se kuulu hyvän sairaanhoidon linjaan.

Samalla käsitteistä kuten ”armokuolema”, ”kuolinapu” sekä ”passiivinen eutanasia” ollaan yhä tarkempia, ettei niitä käytetä väärässä kontekstissa synnyttäen väärinymmärryksiä. Lääkäriliiton kanta eutanasiaan on pysynyt pääpiirteittäin samana, vaikka puolet työikäisistä lääkäreistä olisi valmis laillistamaan aktiivisen eutanasian Lääkäriliiton kyselyiden perusteella. Merkittävä ero eri erikoisalojen lääkäreiden vastauksissa voisi olla selittävä tekijä Lääkäriliiton vankkaan muuttumattomaan kantaan; mitä lähempänä kuolevia potilaita lääkärit ovat työssään, sitä enemmän eutanasian toteuttamisen vastuu sekä käytännön ongelmien tiedostaminen vaikuttaa heidän näkemykseensä.

## 5.2 Hoitotahto

Hoitotahto tarkoittaa potilaan etukäteen ilmaisemaa tahtoa siitä, miten häntä tulisi hoitaa silloin, kun hän ei itse kykene ilmaisemaan tahtoaan hoitotilanteessa (10). Hoitotahdosta on käytetty myös termiä ”hoitotestamentti”.

Vuoden 1982 teos sisälsi pohdintoja niin kutsutuista eutanasiatestamenteista. Etuliitteellä ”eutanasia” viitataan tässä tapauksessa potilaan elämän loppuvaiheen hoitoon ja tietyistä hoidoista pidättäytymiseen toisin kuin nykykeskustelun kontekstissa voisi olettaa. Potilas voisi esittää etukäteen toivomuksia hoitolinjasta tilanteisiin, kun kipujen lievitys ja elämän

pitkittäminen ovat ristiriidassa keskenään. Lääkäri ei kuitenkaan ollut sitovasti velvollinen noudattamaan niitä. (2)

Vuoden 1992 painoksen aikaan hoitotestamentista oltiin jo valmistelemassa lakia. Sen luonnoksessa todetaan, että “jos täysivaltaisen potilaan aiemman vakaan tahdonilmaisun perusteella on tiedossa, että potilas ei jotakin hoitoa hyväksy, ei hänelle saa sitä antaa, vaikka hän ei ajankohtaisen tajuttomuuden vuoksi pystyisi tahtoaan ilmaisemaan” (s. 40). Tämän lain tulkitaan muuttavan hoitotestamentit hoitohenkilökuntaa sitoviksi asiakirjoiksi. Samaan aikaan sosiaali- ja terveyshallitus oli myös laatinut hoitotestamenttilomakkeen ja jotkut sairaalat olivat tehneet omia lomakkeita. (4)

Laki (785/92) hoitotestamentista ja sen sitovuudesta valmistui vuonna 1992. Vuoden 1996 ja 2000 painoksissa kirjasta Lääkärin etiikka mainitaan, että yleisluontoinen tahdonilmaus hoitotestamenteissa on suositeltavampaa kuin sellainen, jossa yksilöidään sallitut ja kielletyt toimenpiteet eri tilanteissa. (6,7)

Heti seuraavassa vuoden 2005 painoksessa todetaan kuitenkin, että hoitotahdon ongelmaksi on syntynyt sen yleisluontoisuus. Laajoja käsitteitä voi olla vaikea soveltaa käytännön työhön, ja painoksessa kehoitetaan tekemään yksityiskohtaisempi hoitotahto, jos se on mahdollista sairauden ennustettavuuden kannalta. Hoitotahdon asema vaikuttaa tekstin perusteella vahvistuvan ja sen toteuttamisesta ollaan tiukempia. Esimerkiksi puhetta ei enää ollut siitä, ettei akuuteissa tilanteissa olisi mahdollista tarkistaa hoitotahtoa. (8)

Uusimmassa painoksessa vuodelta 2021 on hoitotahdon lisäksi käsitelty myös hoivatahtoa. Hoivatahdossa esitetään hoivan sisältöön liittyviä toiveita, mutta se ei ole juridisesti sitova toisin kuin hoitotahto. Sen lisäksi tekstissä todetaan, että hoitotahdossa ilmaistaan usein itsestään selviä asioita, mutta se voi kertoa silti potilaan arvoista. (10)

Loppujen lopuksi eutanasiatestamentin ideasta on päästy neljässä kymmenessä vuodessa juridisesti sitovaan hoitotahtoon. Vanhimmassa aineistossa Lääkintäetiikka (1982) tuodaan esille näkemys siitä, että teknologian kehittyessä toivottomasti sairaita ihmisiä olisi mahdollista pitää hengissä useita päiviä, vaikka arvokas ja inhimillinen kuolema tuntuisi moraalisesti

paremmalta ratkaisulta. Tämä ajatus näytti kehittävän loppujen lopuksi hoitotahdon idean. Arvokkaana huomiona “passiivinen eutanasia” on kyseisessä kirjassa määritelty olevan parantamiseen tähtäävän hoidon jättämistä kuolevan potilaan kohdalla silloin, kun se toisi potilaalle tarpeetonta kärsimystä. Täten hoitotahto ja passiivinen eutanasia voitaisiin tulkita kirjojen määrittelyjen perusteella erittäin läheisiksi konsepteiksi. Hoitotahdon voisi jopa nähdä juontavan juurensa passiivisesta eutanasiasta, vaikka kyseinen termi onkin nykypäivänä ongelmallinen. (2)

## 6 Lopuksi

Tutkielmani on jatkoa Maiju Savolaisen tutkielmalle lääkärin eettisten ohjeistusten muutoksista vuosilta 1847-1982 (1), joten on luontevaa myös vertailla näiden kahden tutkielman havaintoja toisiinsa. Savolaisen mukaan huomattava osa eettisistä periaatteista ei ole muuttunut. Lääkärin etiikan perusta on hyvin pitkään ollut ihmisrakkaus, vaikka se on aikaisemman tutkielman tarkasteluvälillä muuttanut muotoaan neutraalimmaksi kristillisestä lähimmäisenrakkaudesta.

Myös oma tutkielmani osoittaa, että lääkärin etiikan peruseriaatteet ovat säilyneet pitkälti ennallaan tutkielmani tarkasteluvälillä, vaikka niiden painotukset ovat muuttuneet yhteiskunnallisten trendien ja lääketieteen kehityksen myötä. Aineistoa analysoidessa huomaa, miten eettinen keskustelu muuttuu erityisen vilkkaaksi niillä lääketieteen alueilla, joissa teknologian kehitys on sillä hetkellä nopeaa.

Koska lainsäädäntö vastaa uusiin teknologian aiheuttamiin eettisiin ongelmiin viiveellä, jatkuvan eettisen arvioinnin merkitys korostuu. Se näkyy erityisesti tutkielmani tarkastelujakson sisällä tapahtuneissa muutoksissa: Tehohoidon kehittyminen mahdollisti vaikeasti sairaiden potilaiden elämän ylläpitämisen aivan uudella tavalla, mikä nosti tarpeen pohtia asian eettisyyttä.

Hedelmöityshoidoissa jouduttiin turvautumaan pitkään pelkkiin suosituksiin, kun lain säätämisessä kesti paljon kauemmin kuin mitä teknologian kehityksessä meni. Alkiodiagnostiikan kehittyessä on täytynyt myös pohtia uuden teknologian mahdollistamasta väärinkäytöstä, vaikka teknologialla voidaankin luoda paljon hyvää. Eettinen keskustelu sikiödiagnostiikasta on puolestaan vähentynyt ajan saatossa, mikä voi johtua siitä, että suurimmat kehitysaskeleet sikiödiagnostiikan suhteen tehtiin jo ennen tutkielmani ajallista tarkasteluväliä.

Toinen tärkeä havainto omassa tutkielmassani on potilaan aseman vahvistuminen. Nyky-yhteiskunnan individualistinen ajatusmalli heijastuu myös lääketieteeseen, ja tutkielmassani sen huomaa erityisesti potilas-lääkärisuhteen ja abortin etiikan kohdalla. Potilas-lääkärisuhteessa lääkärin rooli on yhteiskunnan kehityksen mukana muuttunut auktoriteettiasemasta

yhteistyökumppaniksi samalla, kun potilaan oikeuksia korostetaan ja toteutetaan entistä paremmin. Aborttikeskustelussa potilaan oikeus raskaudenkeskeytykseen saa nykypäivänä paljon enemmän painoarvoa kuin mahdolliset moraaliset dilemmat abortin suhteen.

Lisäksi aineistosta huomaa, miten edelliset kaksi teemaa, nyky-yhteiskunnan individualismi ja lääketieteen etiikan perusperiaatteiden muuttumattomuus kohtaavat toisensa. Tämä tulee esiin erityisesti eutanasian ja osin myös raskaudenkeskeytyksen kohdalla. Eutanasian laillistamisen kannatuksen voisi nähdä juontavan juurensa yksilön oikeudesta itse päättää omasta elämästään – ja kuolemastaan, mikä sopisi hyvin individualistiseen ajatteluun. Kenties siksi keskustelu eutanasian ympärillä on vilkastunut ajan saatossa, kun yksilön oikeuksia korostetaan, ja yhteiskunnallinen keskustelu haastaa lääkärin etiikkaa. Suomen Lääkäriliiton pohjimmainen kanta eutanasiaan ei kuitenkaan ole yhteiskunnallisen keskustelun myötä vaihtunut, mikä kertoo puolestaan siitä, ettei vanhoja lääkärin etiikan perusperiaatteita haluta muuttaa.

Raskaudenkeskeytyksen kohdalla on havaittavissa samankaltainen ilmiö. Vaikka yksilön oikeus saada abortti vahvistuukin, Suomessa kehitys abortteihin suhtautumisessa on aineiston perusteella ollut konservatiivisempaa moniin muihin maihin nähden. Esimerkiksi lakia raskauden keskeyttämisestä on säädetty sen verran vähän vuoden 1970 aborttilain jälkeen, että suomalaiset näkivät tarpeelliseksi viedä eduskuntaan asti kansalaisaloitteen lain uudistamiseksi (14). Voisi siis sanoa, että lääkärin etiikassa muutos abortin osalta tapahtuu paljon hitaammin kuin mitä yhteiskunnallinen keskustelu nykypäivänä antaisi olettaa.

Tutkielmassani näkyy suhteellisen johdonmukainen, yhteiskunnan näkemyksiä heijasteleva kehityssuunta kaikilla tutkituilla etiikan osa-alueilla. Kaikista vanhimmista aineistoista löytyy 2020-luvun ihmiselle erittäin vierasta sisältöä, mutta mitä uudempaan painokseen mennään, sitä vähemmän sellaista sisältöä on. Esimerkiksi vuoden 1982 *Lääkintäetiikka*-kirjassa Reijo Norio puolustelee voimakkaasti geneettisin indikaatioin tehtyjä abortteja. Siihen aikaan Norio toimi Väestöliiton perinnöllisyysklinikan ylilääkärinä, ja häntä pidetään Suomen perinnöllisyyslääketieteen perustajana (1). Perinnöllisyyslääketiede oli tuolloin suhteellisen tuore asia, mikä kenties innosti suhtautumaan aiheeseen

vapaammin; samaan aikaan raskaudenkeskeytys nähtiin huonona asiana, mutta Norion mielestä geneettisin indikaation tehtynä siitä tulikin vähemmän tuomittava. Tästä vanhasta ajattelumallista voisikin kärjistetyksi päätellä, että sairaiden sikiöiden tappaminen olisi paljon hyväksyttävämpää. Toisin sanoen aineiston vanhimmat kirjoitukset sikiödiagnostiikasta heijastelevat aikansa yhteiskunnallista ajattelua ja poikkeavat paljon nykyisistä näkemyksistä, mutta tuoreemmissa painoksissa kannanotot muuttuvat vähitellen nykyisiä arvoja vastaaviksi.

Savolaisen tutkielmassa lääkärien eettisten ohjeistuksien muutoksista vuosilta 1847-1982 nähdään asteittaisen kehityksen lisäksi myös yhtäkkisiä isoja muutoksia koskien esimerkiksi rotuhygieniaa ja kastroatiota. Tutkittu ajanjakso on toki huomattavasti kauempana historiassa, joten sen aikaiset ajatukset kuulostavat varmasti nykyvalossa vieraammilta verrattuna omien aineistojeni sisältöön. Tosin provosoivimmat sisällöt olivat kuitenkin Savolaisen tutkielman mukaan kirjoitettu vasta vuosina 1956 ja 1968, vaikka tutkielman vanhin aineisto ulottuukin 1840-luvulle. Vastaavaa voimakkaan yhteiskunnallisen aatteen ujuttautumista lääkärin etiikkaan ei omasta aineistostani löytynyt. Ainakaan sitä ei 2020-luvun ihmisen näkökulmasta huomaa, sillä nykyisten trendien asema ja kehityssuunta selviää vain ajan kanssa tulevaisuudessa.

Tämä tutkielma keskittyi tarkastelemaan suomalaisen lääkärin etiikan kehitystä. Jatkon kannalta voisi olla myös kiinnostavaa tehdä vertailevaa tutkimusta eri maiden lääkärin eettisten ohjeistuksien välillä. Esimerkiksi erot eri maiden lääketiedettä koskevissa lainsäädännöissä heijastuvat varmasti kyseisen maan lääkärin etiikkaan.

## Lähteet

1. Savolainen M. Lääkäriin eettisten ohjeiden kehitys Suomessa 1847-1982. [Helsinki]: Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta; 2015.
2. Achté K, Autio L, Isotalo A, Kosonen T, Lindqvist M, Tammisto T, ym. Lääkintäetiikka. Vaasa: Vaasa Oy; 1982.
3. Kauttu K, Peltomaa M. Lääkäriin etiikka. 1. p. Forssan Kirjapaino Oy: Suomen Lääkäriliitto; 1989.
4. Peltomaa M. Lääkäriin etiikka. 2. p. Forssan Kirjapaino Oy: Suomen Lääkäriliitto; 1992.
5. Virtanen V. Potilas-lääkärisuhde perusterveydenhuollossa. 1993. 109:1178-.
6. Peltomaa M. Lääkäriin etiikka. 3. p. Forssan Kirjapaino Oy: Suomen Lääkäriliitto; 1996.
7. Peltomaa M. Lääkäriin etiikka. 4. p. Forssan Kirjapaino Oy: Suomen Lääkäriliitto; 2000.
8. Saarni S. Lääkäriin etiikka. 6. p. Punamusta Oy, Joensuu: Suomen Lääkäriliitto; 2005.
9. Saarni S. Lääkäriin etiikka. 7. p. Esa Print Oy, Lahti: Suomen Lääkäriliitto; 2013.
10. Kattelus M. Lääkäriin etiikka [Internet]. 8. p. Suomen Lääkäriliitto; 2021. Saatavissa: <https://julkaisut.laakariliitto.fi/laakarini-etikka/>
11. Laki raskauden keskeyttämisestä | 239/1970 | Lainsäädäntö | Finlex [Internet]. [viitattu 4. heinäkuuta 2025]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1970/239#S%C3%A4%C3%A4d%C3%B6steksti>
12. Eutanasia Hollannissa [Internet]. [viitattu 11. kesäkuuta 2025]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo40512>
13. WMA - The World Medical Association-WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide [Internet]. [viitattu 11. kesäkuuta 2025]. Saatavissa: <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>
14. Kansalaisaloitepalvelu [Internet]. [viitattu 9. maaliskuuta 2026]. Kansalaisaloitepalvelu - OmaTahto2020 – Päivitetään Suomen aborttilaki 2020-luvulle! Saatavissa: <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/7233>