

7.4.2009.

STM:n vaihtoehtohoitojen lainsäädännön tarpeita selvittäneen työryhmän raporttiin ja siihen liittyvään ehdotukseen hallituksen esitykseksi

Peruspalveluministeri Paula Risikko asetti työryhmän nimeltä **Vaihtoehtohoitoja koskevan lainsäädännön tarpeita selvittävä työryhmä**.

Työryhmän kokoonpano on ollut seuraava:

Tarja Holli, Valvira, puheenjohtaja, xxx, Terhi Hermanson, STM, lääket.lisensiaatti, lääkintöneuvos, vpj, Ilkka Cantell, TEM, Marjut Frantsi-Lankia, Etelä-Suomen lääninhallitus, Tomi Lounela, johtaja, Kuluttajavirasto, Veijo Saano, ylilääkäri, Lääkelaitos, Hannu Lauerma, lääket.ja kirurgian tohtori, dosentti, Liisa Saaristo, kehittämisjohtaja, Suomen Mielenterveysseura ry, Kristiina Kariniemi-Örmälä, kehittämisspällikkö, Tehy ry, Markku Silvennoinen, pääsihteeri, Super ry, Liisa Sulkakoski, lääket.lisensiaatti, homeopaatti, Luonnonlääketieteen Keskusliitto LKL ry, Pekka Niemi, osteopaatti, LKL ry (1.6.2008-5.3.2009), Anitta Kouvo-Sillanpää, LKL ry (6.3 – 31.3.2009). Työryhmän sihteeri Anne Koskela, hallitusneuvos, STM, 2.sihteeri Kirsti Kotaniemi, lakimies, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.

Työryhmän kokoonpanosta voidaan todeta, että työryhmän jäsenistä huomattava osa on lääkäreitä, jotka koulutuksensa perusteella edustavat pelkästään ns. koululääketieteen näkemystä. Vaikka työryhmän toimeksiantona oli tehdä ehdotus vaihtoehtohoitojen asemasta ja sääntelyn tarpeesta, työryhmän valittiin ainoastaan kaksi henkilöä, joilla koulutuksensa ja kokemuksensa puolesta voidaan katsoa olevan omakohtaista asiantuntemusta CAM-hoidosta sekä niihin liittyvästä potilasturvallisuudesta.

On itsestään selvää, että työryhmän enemmistön sanelema lakiehdotus on asenteellinen eikä perustu asiantuntemukseen. Työryhmä ei ole alun alkaenkaan pyrkinyt noudattamaan sille asetettua selvitystavoitetta, vaan sen tavoitteena on ollut suoraan suppea eli **CAM-hoitoja rajoittava vaihtoehto**. Katsomme, että työryhmän työtä ei ole valmisteltu tasapuolisesti ja hyvän hallintotavan mukaisesti. Virkamiesten laatimien kokousmuistioiden ja raporttien sisällöstä käy ilmi, että työryhmän työn tavoitteeksi asetettiin alun perin vaihtoehto A – suppea sääntely, ja perustelut on laadittu tukemaan tätä valintaa. Tämän vahvasti työryhmän viimeisessä kokouksessa vpj Terhi Hermanson kiittämällä työryhmää, joka oli näin päässyt ”ennaltapäätettyyn tavoitteeseen”.

Emme voi yhtyä työryhmän näkemykseen, että terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettuun lakiin tehtävät muutokset täyttäsivät täydentäviä hoitoja koskevan lainsäädännön tarpeen. Työryhmä viittaa rajoitussäännönsä kohdalla ”potilasturvallisuutta vaarantaviin ongelmiin”, joista kuitenkin ei ole näyttöä. Vaihtoehtohoidoista tehtyjä valituksiakin on vain muutama yksittäistapaus 1970-luvulta lähtien, sen sijaan koululääketieteen hoidoista tehdään valituksia 8000 vuosittain.

Työryhmän enemmistön esitys on taantumuksellista terveyspolitiikkaa, joka poikkeaa kansainvälisestä kehityksestä eikä perustu tutkimustietoon eikä kansainvälisiin suosituksiin. Päinvastoin se on ristiriidassa Maailman Terveysjärjestön WHO:n ja Euroopan Unionin EU:n suositusten kanssa. Näissä suosituksissa **jäsenmaita kehotetaan luomaan lainsäädäntöä, joka tukee täydentävien hoitomuotojen järkevää integroimista** yhteiskunnan virallisen terveydenhuollon järjestelmään. Potilasturvallisuus voidaan saavuttaa vain säätämällä CAM-hoitoja koskeva julkinen laki, jossa määritellään koulutuskriteerit ja hoitoja antavien oikeudellinen asema, luodaan terapeuttirekisteri ja valvontajärjestelmä sekä edistetään alan tutkimusta ja tiedottamista.

Katsomme, että on välittömästi perustettava uusi työryhmä, joka ryhtyy valmistelemaan todellista nykytilaa vastaavaa erillislakia täydentäviä hoitomuotoja varten. Työryhmän työn tulee perustua alan asiantuntemukseen ja tutkimukseen.

PERUSTELUT

Työryhmän kokoonpano ja työskentely

Suppea sääntely ei toteuta työryhmän tavoitetta potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Siksi vastustamme lakiehdotusta terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. **Tarvitaan laaja sääntelymalli, jolla varmistetaan kaikkien potilaiden oikeus koulutetun terapeutin turvalliseen hoitoon.** Laajan sääntelyn valmisteluun kuuluu CAM-hoitajien käytön yleisyyden, hoitojen tehon, turvallisuuden ja kustannustehokkuuden arviointi, hoitajien koulutuksen järjestäminen, tukeminen ja valvonta, potilaiden ja hoidon antajien aseman määrittely, asiallisen tiedon ja vuoropuhelun lisääminen virallisen terveydenhuollon järjestelmän ja CAM-hoitajien ammatinharjoittajien välillä. Pätevien CAM-hoitajien erottamiseksi epäpätevistä tarvitaan valvottu terapeutitirekisteri, jotta potilaat voivat hakeutua haluamaansa hoitoon tietäen, että hoitaja on hyvin koulutettu ja osaa asiansa.

Norjassa, Tanskassa ja Islannissa on päädytty siihen, että **potilasturvallisuus varmentuu parhaiten kansallisen valvotun rekisteröinnin ja tutkimusprojektien kautta.** Ruotsi on ainoa Euroopan maa, jossa CAM-terapeutit toistaiseksi rajataan valvonnan ulkopuolella. Samalla Ruotsin lainsäädäntö evää osalta kansalaisia kokonaan luontaisterapiat. Jos rajaavalla lailla siellä on ollut tarkoitus vähentää CAM-terapioiden käyttöä, päämäärää ei ole tavoitettu, sillä tutkimusten mukaan maan väestöstä yli 60 % käyttää CAM-hoitoja. Näin ollen **ei ole syytä soveltaa Ruotsin huonosti toimivaa lakia** Suomeen, kuten työryhmä tällä suppean sääntelyn esityksellä yrittää. Raportissa ei ole tuotu esiin, mihin Ruotsin huono lainsäädäntö on johtanut: viranomaiset ja lääkärit tekevät ilmiäntöjä CAM-hoitajista (myös terveydenhuollon ammattilaisista), josta on seurannut turhia oikeusprosesseja, vaikka potilaat ovat olleet hoitoonsa tyytyväisiä.

Työryhmän esityksen mukaan CAM-hoitajat eivät saisi tutkia eivätkä hoitaa tiettyjä potilasryhmiä ja tiettyjä sairauksia.

1) Täysi-ikäisiä henkilöitä, jotka **mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn** vuoksi eivät pysty itse päättämään hoidostaan. Tämä merkitsee, että esimerkiksi **vanhukset** ja **dementiaa** sairastavat hoitolaitoksissa eivät saisi ottaa vastaan CAM-hoitoja – vaan ehkä vain lisää vahvoja lääkkeitä? Kaikki kehitysvammaiset hyötyvät vaihtoehtohoidoista, lapset suorastaan käännteentekevästi. Monet nykyiset kehitysvammaisten hoitomenetelmät ovat kehittyneet CAM-hoidoista (musiikkiterapia, kosketusterapia, kuvaterapia, liikuntaterapia). Emme näe mitään perustetta sille, että näiden ryhmien hyvinvointia ei voitaisi parantaa CAM-hoidoilla.

2) **Alaikäistä**, jolla ei ole hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa suostumusta tutkimukseen ja hoitoon. Tämä on ristiriidassa nykyisen käytännön kanssa, esim. 12-vuotias saattaa saada perusterveydenhuollosta E-pillerireseptin, mutta jännitysniiskan takia hän ei voisi päättää mennä CAM-hoitoon saamaan hierontaa. Laki potilaan oikeuksista sanoo, että lapsipotilasta hoidettaessa hänen mielipiteensä on otettava huomioon silloin, kun lapsi on kyllin kehittynyt sen ilmaisemaan. Erityisesti lapsia ja nuoria on hoidettava pehmein keinoin, joissa vältetään voimakkaita synteettisiä kemiallisia aineita – heidän hoidossaan CAM-hoidot tulisi asettaa ensisijalle.

3) Kun jokin **MUU ERITYINEN SYY** – henkilön sairauteen tai hoitomuotoon liittyvä – edellyttää, että potilasturvallisuuden vuoksi terveydenhuollon ammattihenkilö tutkii ja hoitaa potilaan. Näkemyksemme mukaan tämä momentti (momentti 4) tulee poistaa sen epämääräisyyden vuoksi. Työryhmä ei selitä, mitä momentti tarkalleen tarkoittaa. Momentti on jopa vaarallinen, se on liian tulkinnanvarainen ja jättää lääkärille vapaat kädet käyttämään auktoriteettiaan oman mielensä mukaan.

4) Lain 4 a Luvun 23 a § viimeisessä kohdassa muu kuin terveydenhuollon ammattilainen **saa hoitaa yhteistyössä lääkärin kanssa** seuraavia sairauksia tai tiloja.
a. **RASKAANA** olevat. Koululääketieteellä ei ole hoitokeinoja raskauspahoinvointiin. Vaihtoehtohoidoilla sitä hoidetaan menestyksekkäästi. Raskaana olevien selkävaurat, turvotukset, ummetukset, uniongelmat ja anemia hoituvat myös hyvin vaihtoehtohoidoilla. Pitäkö 60 000:n vuosittain raskaana olevan naisen käydä

näiden vaivojen vuoksi lääkäriillä saamassa lupa CAM-hoitoon? Emme pidä järkevänä, että näillä käynneillä kuormitetaan perusterveydenhuollon lääkäreitä vain hoitoluvan saamiseksi. Useissa suurissa CAM-lääketieteissä opiskellaan perusteellisesti raskaana olevien hoitoa (kuten lastenkin) ja hoidot ovat turvallisia sekä äidille, sikiölle että vastasyntyneelle.

b. **ELINSIIRROT.** Elinsiirtopotilaiden kohdalla on tärkeää, että heitä hoitaa koulutettu terapeutti.

c. **SYÖPÄ.** Syövän hoitoa CAM-hoidoilla on maailmalla paljon tutkittu, sitä kehitetään jatkuvasti ja se on laajassa käytössä. CAM-hoidoilla lievitetään koululääketieteen hoitojen haittavaikutuksia kuten pahoinvointia, unettomuutta, ripulia, ummetusta, ihovaurioita ja veriarvojen muutoksia, lievitetään kasvainten aiheuttamia kipuja ja parannetaan yleisvointia ja mielialaa. Lääkäreiden tulisi osata ohjata syöpäpotilaita CAM-hoitoihin, niin että vakavasti syöpäsairaiden elämänlaatua voitaisiin näin parantaa.

d. **DIABETES.** CAM-hoidoilla voidaan tukea diabeetikon hoitotasapainoa ja helpottaa diabeteksestä johtuvia muita sairauksia ja vaivoja kuten ääreisverenkierron häiriöitä raajoissa ja silmissä.

e. **EPILEPSIA.** Epilepsialääkityksen aiheuttamia sivuvaikutuksia voidaan hyvin lievittää luontaishoidoilla.

f. **VAKAVA MIELENTERVEYDENHÄIRIÖ, MIELISAIRAUS.** Psykoottinen potilas kuuluu lääkärin hoitoon. Mielisairaiden potilaiden hoidossa olisi CAM-hoidoilla tärkeää voida yhteistyössä lääkäreiden kanssa hoitaa potilaiden elimellisiä vaivoja ja lääkityksen aiheuttamia sivuvaikutuksia.

g. **DEMENTIA.** CAM-hoidoilla voidaan parantaa dementikkojen elämänlaatua ja tasapainottaa mielialaa, edistää arjessa pärjäämistä, hoitaa kipuja, tuki- ja liikuntaelinongelmia ja yleisterveyttä. CAM-hoidoilla voidaan oleellisesti vähentää vanhusten sekavuutta, joka johtuu liiasta lääkityksestä.

Näidenkin potilaiden parhaaksi on, että lääkärit tuntevat CAM-aloja ja osaavat suositella heille CAM-hoitoja. Edellytyksenä yhteistyön onnistumiselle on, että aloitetaan terveydenhuollon ammattilaisten perehdyttäminen yleisimpiin CAM-hoitoihin. Millä perusteella lääkäri voi arvioida, onko CAM-hoito hyödyksi vai haitaksi, jos hänellä ei ole siitä oikeaa tietoa tai jos hänen asenteensa on oikeaa tietoa torjuva?

Tietyn lääkäriryhmän julkisuudessa esiintuoma negatiivinen ja halveksiva asenne CAM-hoitoja kohtaan ei rohkaise potilaita kertomaan lääkärille käyttämistään CAM-hoidoista. Yhteistyö CAM-hoitajien ja lääkärin välillä ei voi näissä oloissa toteutua. Mikäli suppea lainsäädäntömalli toteutuu, se tuo tullessaan lisää vastakkainasettelua koululääketieteen ja CAM-lääketieteen välille. Todellinen yhteistyö potilaan parhaaksi voi toteutua ainoastaan tunnustettujen ammattihenkilöiden välillä. Tähän tarvitaan lainsäädäntö, joka edistää CAM-hoitojen ammatillista toimintaa, asemaa, dokumentointia ja tutkimusta. Tämä saavutetaan tietysti vain laajalla sääntelyvaihtoehdolla.

Ehdotettuihin rajoituksiin sisältyvä vaatimus yhteistyöstä lääkärin kanssa on riittämättömästi määritelty ja vaikeasti toteutettavissa suppean sääntelyn puitteissa. Se voi siitä syystä jäädä tehottomaksi ja jopa heikentää potilasturvallisuutta.

Potilasturvallisuus

Julkisen terveydenhuollon Potilasvahinkokeskukseen on 2000-luvulla tullut **vain kaksi valitusta ja Kuluttajariitalautakuntaa neljä valitusta CAM-hoitojen hoitovirheistä.** Näistä vain kolme koske lieviä hoitovirheitä joista kaksi oli terveydenhuollon ammattihenkilöiden aiheuttamia. Samaan aikaan virallisen terveydenhoidon hoidoista valitettiin noin 50 000 kertaa, ja pelkästään vuonna 2007 niiden aiheuttamista hoitovirheistä maksettiin korvauksia n. 30 miljoona euroa. Laajojen kansainvälisten tutkimusta perusteella CAM-hoidot ovat oikein käytettyinä sängen turvallisia verrattuna koululääketieteen hoitoihin/lääkkeisiin. Haluamme huomauttaa, että raportissa käytetään CAM-hoitojen potilasvahinkoja kuvattaessa yleistävää retoriikkaa. Muutaman epäpätevän hoitajan tekemän hoitovirheen varjolla leimataan koko CAM-ala. Lääkärit olettavat, että potilaiden turvautuminen CAM-hoitoihin saattaa viivästyttää heidän hakeutumistaan koululääketieteen hoitoon. Potilaat käyttävät yleensä rinnakkain CAM- ja koululääketieteen hoitoja, ja sairastuessaan menevät yleensä ensin lääkärin tutkimuksiin. Koulutetut terapeutit tietävät, milloin ohjata potilas lääkärin hoitoon. Eri asia on, pystyykö terveydenhuolto nykyisellään vastaamaan haasteisiin ja ottamaan potilaan nopeasti tutkimuksiin ja hoitoon (iäkkäitä ei hoideta ja lääkitään liikaa).

Koulutus

Yleisimpien CAM-hoitoalojen koulutus vastaa hyvää kansainvälistä tasoa, joskin meiltä puuttuu yliopistotasoinen koulutus, jota muissa maissa jo on. Koulutukseen sisältyy myös koululääketieteen peruskurssi (anatomia, fysiologia ja tautioppi), alan lainsäädäntöä ja hygieniaa. Terapeuttijärjestöt ovat ohjeistaneet toimintansa, koskien yksittäisiä terapeutteja (potilaskirjanpito, eettiset ja menettelytapasäännöt); lisäksi yhdistykset valvovat jäsentensä toimintaa.

Tämän alueen kysymykset kuuluvat ilman muuta laajemman sääntelyn tarkastelupiiriin.

WHO:n ja EU:n suositusten mukaisesti jäsenmaissa tulee lisätä CAM-hoitajien koulutusta, jolla turvataan kaikille potilaille mahdollisuus valita itselleen sopiva hoitomuoto. CAM-hoitajien koulutus pitäisi integroida maamme kansalliseen koulutusjärjestelmään, jolloin myös koululääketieteen opiskelijoiden koulutukseen sisällytetään CAM-hoitomuotojen opinnot.

Taloudellinen merkitys

STM:n työryhmän raportin mukaan esityksellä ei ole merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Työryhmässä ei ole riittävästi mietitty, mitä suppea sääntely saa aikaan. Suppea sääntely tuo tullessaan kymmenien tuhansien potilaiden virran, joka haluaa tavata lääkärin saadakseen luvan CAM-hoitajien käyttämiseen. Onko se tässä taloudellisessa tilanteessa toivottavaa?

Tällä hetkellä potilaat maksavat itse CAM-hoitonsa ja niihin liittyvät valmisteet. He eivät kuormita kunnallista terveydenhoitoa eivätkä lisää Kelan kuluja. Vertailun vuoksi mainittakoon, että v. 2008 Kela maksoi lääkekulukorvauksina 1,2 miljardia euroa. 1.4.2009 voimaan astui viitehintalaki, jonka tarkoituksena on säästää näistä kuluista 80 miljoonaa. Ketä ja mitä suppea rajoittava sääntely palvelee tässä tilanteessa? Se ei ainakaan hyödytä kansantaloutta ja kansanterveyttä.

Johtopäätös

Työryhmän ehdotusta suppeasta sääntelystä ei pidä toteuttaa, koska **potilasturvallisuuden tavoite voidaan paremmin saavuttaa laajan sääntelyn avulla.** Täydentävien ja vaihtoehtoisten (CAM) harjoittajien tavoitteena ei ole vastustaa virallisen terveydenhuollon hoitoja, vaan tarjota toimivia ja vastuullisia apukeinoja ihmisten terveyden ylläpitämiseksi ja kärsimysten lievittämiseksi, varsinkin niille (usein kroonisia sairauksia sairastaville), joille koululääketieteen puoli ei pysty tarjoamaan riittävästi apua. Kaikissa sairauksissa lienee eettisesti oikein käyttää kaikkia hyväksi havaittuja keinoja potilaan tai henkilön terveyden ylläpitämiseksi tai palauttamiseksi, samalla muistaen Hippokrateen kehotuksen ”primum non nocere”, ennen kaikkea älä vahingoita potilasta.

Vaativuksemme on, että työryhmän enemmistön ehdottamaa suppeaa sääntelyä ei toteuteta, vaan perustetaan välittömästi **uusi työryhmä valmistelemaan täydentäviä hoitomuotoja varten erillislakia**, joka ottaa huomioon nykytodellisuuden vaatimukset ja kansainväliset suositukset.

Lisäys:

Vaihtoehtoisten hoitojen kenttä Suomessa ei poikkea olennaisesti muiden Pohjoismaiden tilanteesta, päinvastoin ala on varsin pitkälle järjestäytynyt – ei suinkaan pirstaleinen. Tämä ei voi olla perusteluna laajan sääntelyn torjumiselle. Laaja sääntely auttaisi järjestäytymisprosessia, mikä myös toimisi potilasturvallisuuden eduksi.