



Asiantuntijalausunto kansalaisaloitteesta KAA 2/2017 vp Eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle

Suomen Kristillisen Lääkäriseuran (SKLS) yli 1200 hengen jäsenistössä on useita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijoita sekä lääketieteen etiikan tuntijoita. SKLS järjesti vuosina 2015-16 yliopistopaikkakunnilla koulutuskierroksen palliatiivisesta hoidosta. SKLS toimii parhaillaan palliatiivisen hoidon kehittäjänä Tansaniassa ulkoministeriön kehitysyhteistyörahoituksen tuella. SKLS seuraa saattohoidon kehitystä ja eutanasiassa toteutuneita käytäntöjä maailmalla sekä näistä tehtyjä lääketieteellisiä julkaisuja. Lausuntonne pohjaa jäsenistömme asiantuntemukseen. Lausunnon osana on SKLS:n Kristillisen Lääkärilehden Eutanasia?-julkaisu. Siinä on yksityiskohtaisemmin käsitelty tässä esiin tuotavia asioita.

Suomen Kristillinen Lääkäriseura ei kannata eutanasian sallivaa lainsäädäntöä, koska ihmiselämällä on arvo, jota ei voi määritellä kärsimyksestä käsin. Katsomme, että eutanasia vaarantaa potilasturvallisuuden ja rapauttaa luottamusta lääkärikuntaa kohtaan. Näemme, että palliatiivisen ja saattohoidon kehittäminen ja saatavuuden parantaminen STM:n suosituksen mukaan (STM 2017:44) on oikea ratkaisu kansalaisaloitteen esille tuomaan kärsimykseen - eutanasian sijaan.

1. Yksilön kärsimys – yhteiskunnan vastaus siihen

Olemme huolissamme kuolevien kokemasta kärsimyksestä. Sen taustalla on nähtävissä oleellisia puutteita hyvän saattohoidon saatavuudessa. Vaikka palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tietotaito on korkeatasoista, niin hoidon saatavuus on merkittävästi jäljessä kansainvälisistä suosituksista, osaaminen ei jakaudu tasaisesti valtakunnallisesti eikä laadukas hoito toteudu tasavertaisesti.

Eutanasiaa perustellaan monissa yhteyksissä yksilöesimerkein ja tapauskuvauksin. Nämä ovat olleet merkittävänä ponttimena käsiteltävänä olevan kansalaisaloitteen alulle panolle ja sen julkisuuden kautta saamalle tuelle. Tapausten ammatillinen tarkastelu osoittaa, että käytettävissä ei ole aina ollut kaikkia hyvän saattohoidon mahdollistavia hoito- ja tukitoimia. Yhteiskunnan vastaus tähän kärsimykseen tulisi olla palliatiivisen ja saattohoidon kehittäminen ja niiden saatavuuden parantaminen sekä alan koulutuksen järjestäminen asianmukaiselle tasolle. Eutanasian salliminen johtaisi saattohoidon puutteiden korvaamiseen eutanasialla.

2. Ihmisarvo ja yhteiskunnan etiikka

Kansainväliset ihmisoikeusjulistukset, kuten EU:n ihmisoikeussopimus, pitävät ihmiselämän kunnioittamista perustavanlaatuisena arvona. Se on pohjana muille ihmisoikeuksille ja yhteiskuntaetiikalle. On todettu, että perusoikeuksista ei voida johtaa ”oikeutta kuolemaan” eli yhteiskunnalle ei ole velvoitetta hyväksyä yksilön toivetta saada kuolla yhteiskunnan toteuttaman eutanasian keinoin. EU:n ihmisoikeustuomioistuimella on tätä koskeva päätös (1).

Eutanasia merkitsisi perustavanlaatuista muutosta yhteiskunnan etiikkaan. Se antaisi yhteiskunnalle oikeuden kajota yksilön henkeen ja loisi samalla velvoitteen pyynnöstä tehdä se. Tällaisen yhteiskunnan oikeuden on - pakkotilalainsäädäntöä lukuun ottamatta - katsottu olevan ristiriidassa yksilön hengen koskemattomuuden perusarvon kanssa. Siten Euroopan merkittävimpiin yhteiskuntaetiikkaa linjaaviin elimiin kuuluva Euroopan neuvosto on tuominnut eutanasian ja siihen luvan antavien hoitotohtojen oikeutuksen (2). Vielä erikseen se on tuominnut lasten eutanasian (3). Eutanasia-aloite sisältää ristiriidan Suomen perustuslain turvaaman yksilön hengen koskemattomuuden kanssa (7§ ja 22§).

Yhteiskunta priorisoi arvoja ja myös rajaa yksilön oikeuksia monin tavoin, kun on nähtävissä, että voisi syntyä ristiriitaa oikeuksien kesken. Yksilön itsemääräämisoikeuttakin rajataan monin tavoin. Eutanasiaa perustellaan yksilön itsemääräämisoikeudella. Samalla usein kuitenkin jätetään ottamatta huomioon, että eutanasia ei ole yksilön autonominen teko, koska se edellyttää toisten toimia. Yksilön autonomia ei siten ole sellainen tekijä, jonka varaan eutanasia voitaisiin perustella.

Ks. tarkemmin SKLS:n Eutanasia? -julkaisu: Eutanasia -kansalaisaloite on ongelmallinen, s. 12-15.

3. Lääkärin etiikka

Kysymystä eutanasiasta ei voida lähtökohtaisesti pitää yksittäisen lääkärin ja potilaan välisenä asiana, vaan kyse on koko ammattikunnan etiikasta, joka luo pohjan ja rajat yksittäisen lääkärin ratkaisuille.

Lääkärit ovat ammattikuntana sitoutuneet ylläpitämään korkeatasoista etiikka, jotta potilaat voivat luottaa lääkärin toimivan hänen terveytensä parhaaksi. Tämä kiteytyy lääkärin valassa:

Vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta pyrkiväni lääkärintoimessani palvelemaan lähimmäisiäni ihmisyyttä ja elämää kunnioittaen. Päämääränäni on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.

Lääkärin perusarvoihin kuuluu myös vahingoittamisen välttäminen. Kärsimyksen lievittämisestä ei voida johdattaa veloitetta surmata potilasta kärsimyksen poistamiseksi.

Terveydenhuollon toiminta perustuu luottamukselle, että lääkäri kunnioittaa elämää. Eutanasia toisi lääkärin ammattikuvaan sille vieraan ja täysin profession perusarvojen vastaisen tehtävän. Murentaessaan perusarvoja se samalla murentaisi potilaiden ja muun terveydenhuollon luottamusta lääkärikuntaan.

Eutanasia ei ole hoitotoimi eikä se siten kuulu lääkärin professioon. Kysymys olisi siitä, että yhteiskunta säilyttäisi sen toteuttamisen lääkärikunnalle vain ammattikunnan osaamisen takia. Ammattikunnalle syntyisi pakotettu velvoite toteuttaa tehtävää, joka on vastoin sen etiikkaa. Eutanasian on todettu aiheuttavan lääkäreille integriteettiongelmia ja henkistä stressiä, joten kyse on myös työsuojelullisista tekijöistä (4).

Eutanasia-aloite tukeutuu vahvasti lääkärin osaamiseen, mutta samalla sivuuttaa sen, että aloite on ristiriidassa lääkärin perusarvojen ja etiikan kanssa, jotka kuitenkin ovat koko ammattikunnan perusta. Suhtautuessaan valikoivasti lääkärikunnan arvointikykyyn, aloite antaa itsestään ristiriitaisen kuvan.

Lääkärin etiikka on lähtökohtaisesti kansainvälistä ja sen ylläpitämistä varten on perustettu toisen maailmasodan kokemusten jälkeen Maailman Lääkäriliitto (World Medical Association, WMA). Kansalliset lääkäriilitot ovat sen jäseniä ja jakavat tämän tehtävän. Maailman Lääkäriliitto on useissa julistuksissaan ja kannanotoissaan yksiselitteisesti tuominnut eutanasian epäeettisenä (5,6,7). Kansainvälistä lääkärin etiikkaa seuraten samoin Suomen Lääkäriliitto (SLL) vastustaa eutanasian laillistamista (8). Suomen Kristillinen lääkäriseura yhtyy tässä WMA:n ja SLL:n näkemyksiin.

SKLS kantaa huolta omantunnonvapauden asianmukaisesta toteutumisesta koskien myös kansalaisaloitetta eutanasiasta. Äskettäin eduskunta käsitellessään raskauden keskeytystä koskevaa kansalaisaloitetta ei katsonut aiheelliseksi turvata omantunnonvapautta lain tasoisesti. Ilman lain turvaa omantunnonvapaudella ei ole edellytyksiä toteutua luotettavasti ja yhdenvertaisesti.

Ks. SKLS:n Eutanasia? julkaisu: Eutanasia? s. 9-11 ja Alkusanat: Potilasturvallisuutta ei pidä vaarantaa, s. 3-4.

4. Tunnettaanko käsitteet?

Eutanasiasta käytävässä keskustelussa on osoittautunut ongelmaksi, että valitettavan usein käsitteet ymmärretään kovin eri tavoin. Tämä on tullut ilmi myös useissa kyselytutkimuksissa, kun käytettyjä termejä ei ole määritelty täsmällisesti ja siksi niiden tuloksiin ja uutisointiin on ollut syytä suhtautua varauksellisesti.

Eutanasiasta tehdyssä kansalaisaloitteessakaan ei liioin ole ollut asianmukaista eutanasian määritelmää. Kansalaisaloitteen on joutunut allekirjoittamaan ilman sitä. Koska kansalaisaloite haluaa tukeutua eutanasian toteuttamisessa lääkärien asiantuntemukseen, olisi ollut asianmukaista käyttää myös lääkärikunnan määrittelyä eutanasiasta. Suomen Lääkäriliiton julkaisema Lääkärin etiikka -kirja määrittelee eutanasian tarkoittavan *”lääkärin tarkoituksellisesti suorittamaa potilaan surmaamista lääkkeitä antamalla tämän toistuvasta, vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstä.”* (8)

Eutanasiassa on siis aina kyse potilaan surmaamisesta eli kuoleman tarkoituksellisesta tuottamisesta. Kuoleman tarkoituksellisesta tuottamisesta on kyse myös lääkäriavusteisessa itsemurhassa, joka on määritelty teoksi, jossa *”lääkäri antaa apua henkilölle tämän vapaaehtoisesta ja kompetentista pyynnöstä itsemurhan suorittamiseksi saattamalla lääkkeitä yms. henkilön käyttöön, jotta tämä voi itse ne ottaa.”* (8)

Nämä kaksi on erotettava luonnollisen kuoleman sallimisesta, joka on eettisesti hyväksyttävää. Siinä luovutaan hyödyttömien ja kärsimyksiä tarpeettomasti pitkittävien elämään ylläpitävien hoitojen antamisesta tai pidättäydytään sellaisten aloittamisesta. Tämä on normaalia lääkärin asianmukaista toimintaa.

Kuolnapu on terminä erittäin ongelmallinen. Sillä tarkoitetaan yleisesti eutanasiaa ja varsin usein lisäksi lääkäriavusteista itsemurhaa, mutta sillä voidaan tarkoittaa myös luonnollisen kuoleman sallimista, mikä sisältyy termiin mm. kielitoimiston määrittelyssä. Termillä voidaan siis tarkoittaa eettiseltä intentioltaan toisistaan oleellisesti eroavia asioita ja termi on siten semanttisesti ristiriitainen. Jos kyselytutkimuksissa on käytetty termiä kuolnapu ilman tarkempaa määrittelyä, niin ei voida tietää, mitä tarkkaan ottaen vastaaja on ymmärtänyt kysyttävän. Termiä ei tulisi siksi käyttää, ellei tarkkaan määrittele sen sisältöä. (9)

Kansalaisaloitteessa käytetään termiä *”sietämätön kärsimys”* oikeuttamaan eutanasia. Sietämättömälle kärsimykselle ei ole olemassa vakiintunutta määritelmää. Kansalaisaloitteessa termiä on määritetty negaation kautta, jolloin kriteerinä on muiden toimenpiteiden riittämättömyys *”oleellisesti lievittää kärsimystä”*. Tämä ei merkittävästi auta termin sisällön määrittelyssä. Kärsimys on keskeisesti subjektiivinen kokemus, jolle on erittäin vaikea asettaa arviointikriteerejä. Koska koko kansalaisaloite rakentuu tarkemmin määrittelemättömän *”sietämätön kärsimys”* termin varaan, on kyseenalaista, voiko tällaisista lähtökohdista ylipäätään rakentaa yksiselitteistä kriteeristöä, jollainen ehdottomasti tarvittaisiin, kun kyse on ihmishengestä.

Suomessa lääketieteellisestä hoitopäätöksestä ei voi valittaa. Jos eutanasia laki laadittaisiin kansalaisaloitteen termin, se johtaisi todennäköisesti raskaisiin oikeusprosesseihin, joissa haettaisiin sietämättömän kärsimyksen reunaehtoja.

Terminologiasta on yhteenveto SKLS:n Eutanasia? -julkaisussa: Elämän loppuvaiheen hoidon ja toimenpiteiden terminologia, s. 5.

5. Saattohoidon mahdollisuuksia ei riittävästi tunneta

Kansalaisaloitteessa nostetaan kipu keskiseksi eutanasian perusteeksi. Palliatiivisen hoidon asiantuntijoiden mukaan kivun hoitamiseen on olemassa monia hyviä keinoja ja voidaan katsoa, että kipuja pystytään ”oleellisesti lievittämään”. Käytössä on useita tekniikoita niin lääkkeellisesti kuin monin toimenpiteinkin (10).

Kuolemaa lähestyvän potilaan vaikeiden oireiden hoidossa on käytettävissä palliatiivinen sedaatio, jossa lääkkeellisesti alennetaan potilaan tajunnan tasoa riittävässä määrin oireiden lievittämiseksi. Palliatiivinen sedaatio voi vaihdella syvyydeltään ja olla jaksottaista, niin että tajunnan normaali taso voidaan välillä palauttaa. Tämä on toteutettavissa myös perustason hoidon yksiköissä. On todettu, että myös voimakkaassa tuskaisuudessa lyhyt sedatointijakso voi rauhoittaa tilannetta. Elämän viime päivinä voidaan myös käyttää yhtäjaksoista sedaatiota kuoleman tuloon saakka. Palliatiiviselle sedaatiolle on olemassa tarkat hoitosuositukset. Hoitosuositusten mukaisesti toteutettuna palliatiivinen sedaatio ei lyhennä elinaikaa. (13,25).

Ks. tarkemmin SKLS:n Eutanasia? -julkaisu: Mitä onkaan palliatiivinen sedaatio? s. 38-41.

Muidenkin kuolevan fyysisten oireiden kuin kivun lievittämiseen on olemassa useita menetelmiä. Oireiden hoidettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon, että ei voida katsoa vain tämän päivän osaamistasoa. Lääketiede on koko ajan nopeasti kehittyvä ala, jolla tehdään runsaasti tutkimusta tällä sektorilla. Siten tänään vaikeahoitoinen oire voikin olla jo huomenna hoidettavissa. Aloite eutanasiasta perustuu vain tähän päivään tai eiliseen katsovaan käsitykseen palliatiivisen ja saattohoidon mahdollisuuksista.

Hyvänä esimerkkinä uudemmissa hoitomuodoista on palliatiivisen sedaation käyttöönotto, mikä on oleellisesti tuonut helpotusta elämän lopun hoidollisiin ongelmiin. Suomessa käytetään palliatiivista sedaatiota eri asteisena vuosittain noin 100 potilaan kohdalla (11). Kun ottaa huomioon eri käytettävien menetelmien hyvän tehon ja tutkimuksen perusteella esiin tulleen palliatiivisen sedaation tarvitsijoiden määrän, on todettava, että eutanasia-aloitteessa esitetyin kriteerein aloitteessa esitetyt lukumäärät eutanasian tarpeesta näyttäytyvät aivan liian suurilta – ellei sitten psyykkisen kärsimyksen katsota olevan kaikkein keskeisin eutanasian syy. Lainsäädännön yhtenä kriteerinä on, että lakia ei säädetä kovin pientä joukkoa varten. Tästä näkökulmasta eutanasian kohdalla ei lain säätämisen kynnyks näyttäisi ylittyvän.

Useissa tutkimuksissa ovat eutanasiatoiveiden syiksi nousseet pelot elämän hallinnan ja arvokkuuden menettämistä, toimintakyvyn menettämisestä, taakkana olemisen tunteesta ja kivuista (4). On merkille pantavaa, että kivun pelko ei ole keskeisin syy. Tällaiset tulokset heijastavat sitä, että eutanasiatoiveiden taustalla on oleellisilta osin psykososiaalisia ja eksistentiaalisia kysymyksiä. Toisaalta on ilmeistä, että saattohoidon mahdollisuuksia ei riittävästi tunneta.

Hyvä saattohoito tukee ihmisen omaa elämänhallintaa. Siinä on toinen ihminen tukena vierellä. Lähtökohdana on hyvä fyysisten oireiden hoitaminen ja samalla kokonaisvaltainen ihmisen tarpeiden huomioon ottaminen, kuten WHO ja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito- suositukset linjaavat (12,13). Lääkkeet eivät auta eksistentiaaliseen ahdistukseen, jossa kipuillaan kuoleman kohtaamisen ja elämästä sekä rakkaista ihmisistä luopumisen kanssa. Apu löytyy sen sijaan usein moniammatillisesta osaamisesta, taidosta olla läsnä ja kuunnella kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään. Tähän on käytettävissä useita psykososiaalisia toimintamalleja, uutena mm. arvokkuusterapia (14). Hoitotahdolla voi vaikuttaa siihen, miten haluaa itseään elämän loppuvaiheessa hoidettavan ja siten parantaa elämänhallintaa. Hoitotahdon nykyistä luontevampi ja monipuolisempi käyttö voisi vähentää elämän loppuvaiheen hoitoon liittyviä pelkoja (15). Hoitotahdon laajempi käyttöön otto edistäisi kansalaisten itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuutta vaikuttaa elämän loppuvaiheen hoitolinjauksiin. Omakannan kautta on jo nyt mahdollista tehdä hoitotahto. Sen siirtymistä osaksi sairaskertomusjärjestelmää tulee kehittää.

Pirkanmaan hoitokodin (Suomen ensimmäinen ja suurin saattohoitokoti) mottona on ”kun mitään ei ole tehtävissä, on vielä paljon tekemistä”. Useissa tapauksissa pelot ovat hälvenneet ja kuoleman jouduttamisen

toiveista on luovuttu, kun ihmisläheisessä saattohoidossa on koettu viimeisten päivien olevan elämisen arvoisia. Silloin, kun saattohoito on saanut toteutua asianmukaisesti, myös omaiset ovat olleet kiitollisia siitä ajasta, jonka ovat saaneet viettää kuolevan vierellä. Eutanasia eksistentiaalisen ahdistuksen vuoksi sen sijaan helposti sivuuttaisi tämän prosessin, jolla lopulta voisi olla oleellista merkitystä kuolemaan valmistautumisessa niin potilaan kuin omaistenkin kannalta. Eutanasialla ei pidä ratkaista eksistentiaalista, psykososiaalista tai psyykkistä kärsimystä. Hoitokodin kokemusten mukaan eutanasiapyyntö ovat erittäin harvinaisia asianmukaisessa saattohoidossa, vaikka hoitokotiin ohjautuvat kaikkein vaikeahoitoisimmat potilaat.

Saattohoidon mahdollisuuksista SKLS:n Eutanasia? -julkaisu: Saattohoitoa Pirkanmaalla ja Oulussa, s. 35-37.

6. Kalteva pinta on todellisuutta ja uhkaa potilasturvallisuutta

Eutanasian salliva lainsäädäntö on voimassa vain Alankomaissa (2002), Belgiassa (2002), Luxemburgissa (2008), Kolumbiassa (1997) sekä Kanadassa (2016). Eutanasia jätetään niissä tuomitsematta tietyn edellytyksin, tarkkaan ottaen eutanasian yleisesti hyväksyvää lainsäädäntöä ei niissä ole. Näissä maissa myös lääkäriavusteinen itsemurha on sallittua, vaikka Belgiassa sitä ei ole mainittu eutanasiaa koskevassa lainsäädännössä. Kansainvälisesti eutanasia on siis harvinainen ilmiö.

Alankomaissa kuten muissakin eutanasian sallineissa maissa on asetettu varsin väljät kriteerit eutanasian suorittamiselle. Eutanasian perusteena on ”sietämätön kärsimys”, mutta sitä ei ole missään sitovasti määriteltä ja tämä epämääräisyys pitää ovea auki aina uusille ja entistä väljemmille kriteereille eutanasian suorittamiseksi. Edes oikeustoimikelpoisuus ei ole Alankomaissa määrittelyssä mukana ja tietyn ehdoin jo 12-vuotias voi saada eutanasian. Psykiatrinen sairaus tai dementia eivät ole esteitä eutanasian toteuttamiselle. Alankomaissa on erityisiä alueellisia komiteoita, jotka arvioivat eutanasian toteutukset, mutta vasta *jälkikäteen ja vain ne, jotka niille ilmoitetaan*. Belgiassa on vastaavia toimielimiä ja myös siellä raportointivelvollisuus on vasta jälkikäteen. Eutanasialla tulisi Alankomaiden ja Belgian lainsäädännön mukaan olla potilaan kirjallinen suostumus, mutta Belgian valvova elin ei sitä enää edellytä. Eutanasian toteuttamisessa virheellisyyden todistamisen taakka on siirtynyt syyttäjälle. Lääkäriltä ei siten edellytetä todistusvelvollisuutta, että hän toiminnut lainmukaisesti toteuttaessaan eutanasian. (16,17)

Belgiassa eutanasiainsäädäntö on samankaltainen Alankomaiden kanssa, mutta poikkeaa siinä, että eutanasiapyyntö tulee olla toistuva ja potilaalle pitää antaa kuukauden harkinta-aika, jos sairaus ei ole johtamassa lähiaikoina kuolemaan. Etukäteen tehty kirjallinen hoitotahtona ilmaistu eutanasiapyyntö on voimassa 5 vuotta. Belgiassa ole alaikärajaa eutanasian suhteen, kun lasten eutanasia sallittiin v. 2015. (17)

Eutanasioiden määrä on ollut sekä Alankomaissa että Belgiassa jatkuvassa kasvussa. Raportoituja eutanasia-kuolemia oli v.2015 Alankomaissa noin 4.5 % ja Belgiassa 4,6% kaikista kuolemista. Lukuihin on kuitenkin suhtauduttava varauksellisesti, sillä kummassakin merkittävä osa eutanasioista jää raportoimatta. Alankomaissa noin puolet eutanasiapyyntöistä hyväksytään. Siellä täyttä työaikaa tekevä omalääkäri suorittaa eutanasian keskimäärin kolme kertaa vuodessa, mikä aiheuttaa jatkuvaa psyykkistä kuormitusta lääkärille. Belgiassa hyväksymisprosentti eutanasian ja avustetun itsemurhan osalta oli v.2013 yhteensä jo 76.8 %. Eutanasioiden lukumäärän lisäksi myös eutanasian perusteiksi hyväksytyt syyt ovat koko ajan laajentuneet. Hyväksyttäviä syitä ovat jo mm. vanhuuden heikkous, kuulo-, näkö-, sekä liikkumisvaikeudet, vuoteen omaksi jääminen sekä ekshaustio. (18,19,20,21)

Kansalaisaloitteessa eutanasiasta ehdotetaan, että Suomeen otettaisiin sama käytäntö kuin Alankomaissa ja Belgiassa on, eli että eutanasiat ilmoitettaisiin vasta jälkikäteen valvovalle viranomaiselle. Tämä on osoittautunut erittäin huonosti noudatetuksi käytännöksi kyseisissä maissa.

Alankomaissa noin neljännes eutanasioista jätetään raportoimatta. Ongelmana on myös se, että eutanasiaksi ei määritellä toimia, joita muualla sellaisena pidettäisiin. Lääkärit toteuttavat ”intensiiviseksi kivun lievityksesi” tilastoituja kuolemaan johtavia toimenpiteitä sekä kuolemaan saakka jatkuvaa syvää sedaatiota tavoilla, joita tutkijat noin 20% tapauksista pitävät eutanasia. Näitä ei siis raportoida eutanasioina. Erityisen huolestuttavaa on, että ”intensiivistä kivun lievitystä” käytettäessä lääkärit eivät 41,2% tapauksista keskustelleet lainkaan tämän toteuttamisesta potilaan tai omaisten kanssa. Lisäksi sekä ”intensiivisen kivun lievitys” (49,500 kuolemaa v. 2010) että kuolemaan johtavan syvän sedaation määrät (16,700 kuolemaa v. 2010) ovat nousujohteisia. On ilmeistä, että näillä toimilla kierretään myös kuolemaan johtavien toimenpiteiden rekisteröintiä eutanasiaksi ja siten välttämään siihen liittyvältä seurannalta. Palliatiivista sedaatiota käytetään toisin kuin Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC) määrittelemällä tavalla. (22,23,24,25)

Belgiassa vain puolet eutanasioista raportoidaan. Syyksi lääkärit sanoivat 76.7%, että he eivät mielestään toteuttaneet eutanasiaa ja 17.9% jätti raportoimatta, koska kokivat sen byrokraattisena rasitteena ja 11,9% koska ajattelivat, että kaikki eutanasian edellytykset eivät täyttyneet. Raportoimattomissa tapauksissa eutanasia on hoidettu raportoituja huolimattomammin. Näissä puuttui kirjallinen potilaan pyyntö 87.7% tapauksista, kirjattu oli vain suullinen pyyntö. Palliatiivista yksikköä oli konsultoitu harvemmin ja eutanasian toteutus tapahtui usein opioideilla tai sedatiiveilla eli toisin kuin yleinen ohjeistus edellyttäisi. (26)

Eutanasilainsäädännöllä ei ole pystytty sulkemaan pois väärinkäytöksen mahdollisuutta, vaan ehkä päinvastoin se on mahdollisesti edesauttanut epävirallisten kuoleman tuottamisen käytäntöjen käyttöä luomalla sallivamman ilmapiirin. Nämä tarkoitukselliset kuoleman tuottamukset kirjataan ”intensiiviseksi kivun ja muiden oireiden lievittämiseksi” tai ”kuoleman jouduttamiseksi ilman potilaan nimenomaista pyyntöä”. Eutanasilainsäädännön toteuttaminen on siten todellinen vakava uhka potilasturvallisuudelle käytännön kokemusten valossa. (19)

Ks. tarkemmin SKLS:n Eutanasia? -julkaisu: Eutanasian kalteva pinta, s. 16 – 22.

7. Palliatiivisen hoito ja saattohoito ovat ottamassa kehitysaskelia

Vuoden 2018 alusta on astunut voimaan asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskitämisestä 582/2017. Se määrittelee yliopistosairaalaa ylläpitäville sairaanhoitopiireille velvollisuuden huolehtia, suunnitella ja yhteen sovittaa alueellisesti vaativa palliatiivinen ja saattohoito. Tämän tueksi STM on julkaissut muistion, jossa on työryhmän suositus palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä (28). Lisäksi juuri 2/2018 on julkaistu uudistetut palliatiivisen ja saattohoidon Käypä hoito -suositukset, jotka ovat aiempaa laajemmat (13). Eduskunnassa on myös tehty kansanedustajien toimesta useita aloitteita saattohoidon aseman parantamiseksi. Se olisi tarpeen laadukkaan saattohoidon yhdenvertaisen saatavuuden ja palliatiivisen sekä saattohoidon koulutuksen saamiseksi valtakunnallisesti kattavaksi ja kriteereiltään yhteneväksi. Suomessa ei ole missään yliopistossa palliatiivisen lääketieteen koulutusohjelmaa tai lisäkoulutusohjelmaa. Suomen Lääkäriliiton palliatiivisen lääketieteen kaksivuotinen erityispätevyyskoulutus on nyt oleellisin koulutus lääkäreille. Sairaanhoitajien koulutus on hajanaista.

WHO on arvioinut, että Suomessa elämän loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa tarvitsee noin 30 000 henkilöä ja noin joka toinen heistä tarvitsee erityistason konsultaatiota tai hoitoa. Tällä hetkellä asianmukaiset laatu-kriteerit täyttävää hoitoa saavien määrä on oleellisesti pienempi. Erityistason saattohoitopaikkoja on arvioitu tarvittavan noin 500, tällä hetkellä on puolet siitä. Kotisaattohoito on erityisesti kehitysvaiheessa. Laki omaisen saattohoitovapaasta Norjan tapaan parantaisi merkittävästi kotisaattohoidon edellytyksiä. Selviä puutteita on palliatiivisen hoidon erityistekniikoiden saatavuudessa mm. syöpäkivun hoidossa. (28)

Palliativinen hoito ja saattohoito ovat siis merkittävien kehitysaskelien kynnyksellä. Siten nyt on viisasta olla tekemättä eutanasiainsäädäntöä ja suunnata voimavarat näiden kehityslinjojen toteutumiseen, kuten ETENE on kannanotossaan (26.9.2017) todennut (29).

8. Mikä määrittää elämän arvon?

Yhteiskunnan eettisyyden yhtenä mittapuuna on pidetty sitä, miten se turvaa heikoimmassa asemassa olevat. Mielikuvien luominen on median arkipäivää ja julkisuutta käytetään yleisesti mielipidevaikuttamiseen. On ilmeistä, että joukkoviestinnän ja yleisen eutanasiamyönteisen kirjoittelun tai omaisten asenteiden kautta voi syntyä varsinkin iäkkäille sairaille ympäristön luoma sisäisen velvoitteen tuntu eutanasiasta. Silloin ei enää voi katsoa, että henkilö tekisi päätöksiä omasta vapaasta tahdosta. Alankomaissa ollaan jo tilanteessa, jossa pelko taakkana olemisesta on usein eutanasiatoiveen taustalla. Mielikuviiin vaikuttaa, kun ei enää puhuta esim. armomurhasta, vaan "hyvästä kuolemasta". Ei puhuta siitä, että "lääkäri pyynnöstä surmaisi potilaan" vaan puhutaan "sietämättömän kärsimyksen lopettamisesta", siis huom. kärsimyksen lopettamisesta, vaikka potilaan elämä on se, joka lopetetaan.

Kysymys eutanasiasta nostaa esiin sen, miten kunnioitamme elämää. Elämän arvoa ja sen jatkumisen oikeutusta ei voi määritellä kärsimyksestä ja siihen liittyvistä peloista käsin. Tämän huolen ovat nostaneet esiin myös vammaisjärjestöt. Eutanasiamyönteisyyden on koettu muuttavan asenteita heikoimmassa asemassa olevia kohtaan.

Suomen Kristillinen Lääkäriseura näkee ihmiselämällä olevan arvon itsessään ja seura jakaa ihmisoikeusjulistusten sekä lääkärin etiikan perustana olevaan ihmisarvon ja elämän kunnioittamisen. Jumalan kuvana ja Jumalalta henkensä saaneena ihmisen arvo näyttäytyy kristillisen uskon valossa vieläkin merkittävämpänä. Kärsimys ei voi tätä ihmisen arvoa viedä eikä oikeuttaa surmaamaan potilasta. Kristillisen rakkauden näkökulmasta on oleellista, että kuolevalle annetaan voitava hyvä hoito ja että hänen rinnallaan kulkee lähimmäinen viime hetkeen saakka.

Yhteenveto

- Suomen Kristillinen Lääkäriseura ei kannata eutanasian sallivaa lainsäädäntöä.
- Ihmisoikeusjulistukset, lääkärin etiikka ja kristillinen ihmiskäsitys näkevät elämällä arvon, jota tulee kunnioittaa eikä sitä voida määritellä kärsimyksestä käsin. Ei ole olemassa oikeutusta lopettaa elämää tarkoituksellisesti eutanasialla.
- Eutanasia merkitsisi oleellista muutosta yhteiskuntaetiikassa, kun yhteiskunta oikeuttaisi kaivoamaan yksilön henkeen ja säilyttäisi vastuun tästä lääkärikunnalle. Lääkärien ammattikunnalle pakotettaisiin velvoite, joka on vastoin lääkärin etiikkaa. Tämä on ilmaistu sekä Maailman lääkäriiliiton ja Suomen Lääkäriiliiton kannoissa.
- Eutanasian salliminen on käytännössä osoittautunut erittäin huolestuttavaksi potilasturvallisuuden ja potilaan oikeuksien vaarantajaksi. Eutanasiasta saadut kokemukset erityisesti Alankomaissa ja Belgiassa osoittavat, että eutanasian salliminen johtaa sen jatkuvasti laajentuvaan käyttöön niin määrällisesti kuin uusiin väestöryhmiinkin, sellaisiinkin joihin sitä ei alun perin oltu tarkoitettu. Eutanasian ollessa sallittua sen ohessa elää muita käytäntöjä, joilla tarkoituksellisesti joudutetaan potilaan kuolemaa usein kysymättä potilaan mielipi-

dettä. Näillä toimilla on kierretty eutanasiaaädöksiä ja vältetty eutanasiaprotokollaa ja siihen liittyvää ilmoitusvelvollisuutta. Käytäntöjen riistäytymistä valvonnasta osoittaa sekin, että Alankomaissa neljännes eutanasioista jätetään velvoitteesta huolimatta ilmoittamatta valvovalle elimelle ja Belgiassa jätetään ilmoittamatta peräti puolet eutanasioista. Eutanasia vaarantaa myös potilaiden luottamuksen lääkäriin.

- Asianmukaisessa saattohoidossa pystytään oleellisesti lievittämään potilaan kipuja sekä muita fyysisiä oireita, erityisen vaikeissa oireissa voidaan tarvittaessa käyttää palliatiivista sedaatiota. Psykososiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen osalta käytössä on myös useita menetelmiä. Käytäntö saattohoitokodeissa on osoittanut, että hyvän oireiden hoidon ohella taito olla läsnä ja kuunnella kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään luo turvallisen ilmapiirin, jossa eutanasiatoiveet väistyvät.
- Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehitystä ja koulutusta tulee tukea ja lainsäädännöllä varmistaa niiden yhdenvertainen ja laadukas toteuttaminen valtakunnallisesti. Tämän tulisi olla yhteiskunnan vastaus siihen kuolevien kärsimykseen, joka on nostettu keskusteluun.
- Hoitotahdon laajempi käyttöön otto edistää kansalaisten itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuutta vaikuttaa elämän loppuvaiheen hoitolinjauksiin.

Suomen Kristillinen Lääkäriseura

Markus Partanen

hallituksen pj

Kalle Mäki

hallituksen vpj

Liite

Eutanasia? Kristillisen Lääkärilehden saattohoito- ja eutanasia-artikkeleita 2017. Suomen Kristillinen Lääkäriseura 2017.

Eutanasia? -julkaisu on katsottavissa ja ladattavissa: <http://www.skls.fi/skls-on-julkaissut-koosteen-eutanasia-ja-saattohoitoartikkeleista/>

Viitteet

1. European court of human rights. End of life and the European Convention on Human Rights. January 2018.
2. Council of Europe. Resolution 1859 (2012). Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients.
3. Council of Europe. Written declaration 567(2014) Doc. 13414. Legalisation of euthanasia for children in Belgium.
4. Ezekiel JE et al. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. 2016 JAMA 316(1): 79-90.

5. WMA Declaration on Euthanasia (1987, reaffirmed 2015).
6. WMA Resolution on Euthanasia (2002, reaffirmed by minor revision 2013).
7. WMA Declaration of Venice on Terminal Illness (1983, revised 2006).
8. Kattelus M, Nummi V (toim.). Lääkärin etiikka. 7. painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 2013, s. 159-162.
9. Mäki, K. Elämän lopun hoidon ja toimenpiteiden terminologia. Suomen Lääkäriliitto 22.2.2017.
<https://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/elaman-lopun-hoidon-ja-toimenpiteiden-terminologia/>
10. Saarto T, Hänninen J, Antikainen R, Vainio A (toim.). Palliatiivinen hoito. Duodecim. 3. uudistettu painos 2015.
11. Ruoppa N. Miten palliatiivinen sedaatio toteutuu Suomessa? Opinnäyte, lääketiet. tiedekunta, Helsingin yliopisto 2016.
12. WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
13. Käypä hoito. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Duodecim 16.2.2018.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50063>
14. Martinez M et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. Palliative Medicine 2017; 31: 492–509.
15. Kynsilehto E-A. Vanhuksen hyvä kuolema. Teoksessa: Pöyhä R, Tasmuth T, Reinikainen P (toim.): Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Duodecim 2014.
16. Review procedures for the termination of life on request and assisted suicide and amendment of the Criminal Code and the Burial and Cremation Act (Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act). 2002.
17. The Belgian Act on Euthanasia. 28.5. 2002. Ethical Perspectives 9 (2002)2-3;182-188.
18. Murphy S. Euthanasia reported in Netherlands: statistics compiled from the Regional Euthanasia Review Committees' Annual Reports. Protection of Conscience Project, September, 2016.
19. Chambaere K, Stichele R V, Mortier F, Cohen J, Deliens L. Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium. N Engl J Med 2015; 372:1179-1181.
20. Statistics Netherlands. Deaths by medical end-of-life decision; age, cause of death. StatLine 24.5.2017.
21. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG position paper: The role of the physician in the voluntary termination of life. Utrecht 2011.
22. Onwuteaka-Philipsen B D, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, PhD, de Jong-Krul G J F, van Delden J J M, Agnes van der Heide A. Meta-analysis study concerning the practice of euthanasia and end-of-life practices in the Netherlands in 2010 with a comparison to the previous studies that were done in 2005, 2001, 1995 and 1990: Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. Lancet 2012 Sep 8;380(9845):908-15.
23. Bernhard L: Euthanasia in the Netherlands; what lessons elsewhere? Lancet. 2012 Sep 8;380(9845):869-70.
24. Schildmann J, Schildmann E: There is more to end-of-life practices than euthanasia. Lancet 2013 Jan 19; 381(9862):202.
25. Materstvedt L J, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Boeck Gravgaard A-M, Müller-Busch H-C, Porta i Sales J, Rapin C-H. Euthanasia ja lääkäriavusteinen itsemurha: EAPC:n eettisten kysymysten työryhmän näkemys. Suomen Lääkärilehti 40/2005; 4028-4031.
26. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup M L, Mortier F, Deliens L. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. BMJ 2010;341:c5174.
27. Thompson A, Kuby S. The Legalization of Euthanasia and Assisted Suicide: An inevitable slippery slope. Vienna. ADF International, 2017.

28. Saarto T ja asiantuntijatyöryhmä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160392>
29. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE: ETENE:n kannanotto eutanasiaan. 26.9.2017. STM105:00/2014.