

EUTANASIA?

KRISTILLISEN LÄÄKÄRILEHDEN

SAATTOHOITO- JA EUTANASIA-ARTIKKELEITA 2017



Suomen
Kristillinen
Lääkäriseura

Alkusanat: Potilasturvallisuutta ei tule vaarantaa 3

Markus Partanen
Kalle Mäki
Anna Numminen
Matias Pehkonen

Elämän loppuvaiheen hoidon ja toimenpiteiden terminologiaa 5

Kalle Mäki

Tiivistelmä keskeisistä termeistä. On oleellista määritellä käsitteet, jotta keskustelussa ymmärrämme toisiamme oikein.

Sisällys- luettelo

ONGELMALLINEN EUTANASIA**Eutanasia – näennäisesti inhimillistä? 7**

Markus Partanen

Todellista inhimillisyyttä on kuolevan aito kohtaaminen ja osaava hoito

Eutanasia? 9

Kalle Mäki

Eutanasian keskeisten kysymysten analyysi: Kärsimys, autonomia, lääkärin rooli, lainsäädännön mahdollisuudet ja taustalla olevat arvot.

Eutanasia-kansalaisaloite on ongelmallinen 12

Kalle Mäki

Lääkärit ovat huolissaan siitä, ettei aloite ota huomioon perustuslaillisia ja eettisiä ongelmia, eikä määrittele lääketieteellisesti eutanasiaa tai sietämättömyyttä kärsimystä. Aloitteessa sivuutetaan, että eutanasia ei ole hoitotoimenpide.

Eutanasian kalteva pinta 16

Kalle Mäki

Alankomaiden ja Belgian eutanasiakäytännöistä on tehty useita tieteellisiä tutkimuksia. Ne osoittavat, miten eutanasiat ovat sekä lisääntyneet huomattavasti että ulottuneet yhä uusiin ja haavoittuvampiin ihmisryhmiin. Hyvistä hoitokäytännöistä on poikettu. Eutanasioita on jätetty ilmoittamatta ja säännöksiä on kierretty muilla kuolemaan johtavilla toimilla.

Why I do not believe that euthanasia should be legalised 23

John Wyatt

Englantilaisen professorin perusteellinen pohdinta eutanasian oikeutuksesta ja seurauksista lääkärin eettisessä komiteassa kertyneen kokemuksen valossa.

Lääkäriavusteinen itsemurha ja eutanasia – Onko niillä eettistä eroa? 28

Kalle Mäki

Lääkäriavusteisessa itsemurhassa tulevat vastaan samat kysymykset kuin eutanasiassa: Miten päätetään oikeutuksesta ja mikä on lääkärin rooli. Eettiset ristiriitaisuudet ja lainsäädännön ongelmat ovat samankaltaisia eutanasian kanssa.

VAIHTOEHTONA LAADUKAS SAATTOHOITO**Haastattelu: Saattohoito tarvitsee lainvoimaisen aseman 33**

Matias Pehkonen

Palliativisen lääketieteen professori Tiina Saarto HYKS:sta ja TAYS:n palliativisen yksikön ylilääkäri Juho Lehto ovat yhtä mieltä siitä, että vaikka palliativinen hoito ja saattohoito ovat kehittyneet nopeasti viime aikoina, niin silti tarvitaan uutta lainsäädäntöä turvaamaan niiden toteutuminen riittävässä laajuudessa.

Saattohoitoa Pirkanmaalla ja Oulussa 35

Eija-Anitta Kynsilehto

”Kun mitään ei ole tehtävissä, on vielä paljon tekemistä”. Toimivat esimerkit innostavat ja haastavat kehittämään saattohoitoa yhä paremmaksi ja monipuolisemmaksi koko maassa.

Mitä onkaan palliativinen sedaatio? 38

Reino Pöyhiä

Palliativisen lääketieteen dosentti Reino Pöyhiä kuvaa palliativisen sedation suositusten mukaisen käytön ja mahdollisuudet esittäen myös potilasesimerkkejä.

SKLS:n kannanotto eutanasiasta 24.2.2017: Saattohoitolaki eutanasian sijaan 42

Suomen Kristillisen Lääkäriseuran hallitus lähetti kansanedustajille vetoituksen helmikuussa 2017. Toivomme, että elämänsä loppuvaiheessa olevien ihmisten hoitaminen voidaan varmistaa muuten kuin laillistamalla eutanasia.

Alkusanat:

Potilasturvallisuutta ei pidä vaarantaa

Terveys ja elämän suojaaminen on aina ollut lääketieteen päämäärä. Lääkärit ovat ammattikuntana sitoutuneet tähän, mikä kiteytyy lääkäriinvallassa:

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.

Terveysteen sitoutumiseen kuuluu vastaavasti pidättäytyminen toimista, jotka eivät paranna terveyttä, tai jotka ovat sille vahingollisia. Siksi lääkärit ovat sitoutuneet välttämään tiettyjä toimia, kuten Hippokrateen valassa todetaan:

Tulen torjumaan kaiken, mikä voi olla vahingoksi ja vääryydeksi. En tule antamaan kenellekään kuolettavaa myrkkyä, vaikka minulta sellaista pyydetäisiin, enkä neuvoa sellaisen valmistamiseen.

Lääkäri vannoo pidättäytyvänsä potilaalle vahingollisista toimista ennen kaikkea, jotta potilas-lääkärisuhteelle elintärkeä luottamus voisi säilyä ja vahvistua. Potilaan tulee pystyä luottamaan lääkäriinsä. Sekä lääkäri että potilas tietävät, että vaikeassa tilanteessa voi syntyä houkutus poistaa kärsimystä toimimalla ammattietikan vastaisesti. Näissä tilanteissa on olennaisen tärkeää, että potilas tietää lääkäriinsä toimivan hänen terveytensä puolesta, eikä sitä vastaan. Potilas voi tällöin antaa itsensä lääkärin hoitoon ja luottaa siihen, ettei lääkäri toimillaan aio jouduttaa hänen kuolemaansa tai aiheuttaa sitä.

Lääkäreiden sitoutuminen terveyteen päämääränä on ollut edellytyksenä sille, että yhteiskunta on voinut luottaa lääkärin ammattikuntaan. Yhteiskunta voi luottaa ammattikuntaan, joka pysyy potilaidensa rinnalla kuolemaan saakka sitoutuen käyttämään taitojaan ja voimiaan vain ja ainoastaan parantamiseen ja hoivaamiseen. Eutanasia vaarantaisi potilasturvallisuuden ja muurentaisi luottamusta lääkäreihin ammattikuntana, kuten myös jäljempänä olevista artikkeleista käy ilmi.



Vaikka sairautta ei enää voitaisikaan parantaa, niin palliatiivisessa hoidossa kivunhoidon ja muun oirehoidon turvin voidaan elämänlaatua parantaa ja potilas voi vielä kyetä olemaan läsnä läheistensä kanssa. Lääkärin tehtävänä on auttaa käyttäen kaikkia potilaan terveyttä tukevia keinoja. Tämä ei tarkoita sitä, että lääkärit yrittäisivät epätoivoisesti pitää potilaansa elossa kuoleman jo lähestyessä. Hyvä lääkäri luopuu ja pidättäytyy hoidoista, jotka pitkittävät potilaan kärsimyksiä ja aiheuttavat turhaa taakkaa. Saattohoidossa jakamalla kuolevan rinnalla hänen kokemustaan osoitamme, että hänen elämänsä on arvokas ja merkityksellinen myös sen vaikeina viime hetkinä. Sairaus ei voi murentaa ihmisarvoa, eikä kärsimyksen pelon tule liioin antaa sitä tehdä.

Juuri tämä oirehoidon eli palliatiivisen hoidon saaminen on edelleen puutteellista. Tämä on se todellinen ongelma. Osin kysymyksessä on saatavuuteen liittyvä ongel-

ma: eri tahoilla ei ole riittävästi yksinkertaisesti resursoitu palliatiiviseen hoitoon. Toisaalta terveydenhuollon ja sosiaalihuollon aloilla työskentelevien osaamisessa on todettu myös olevan kehittämistä, ja tätä on pyritty Suomessa viime vuosina tekemään laajemman koulutuksen kautta. Kuitenkin edelleen osaamisen lisääminen olisi tarpeen, ja erityisesti oikeiden potilaiden tunnistaminen, jotta heille osattaisiin tarjota sekä palliatiivista hoitoa että saattohoitoa. Eri tutkimuksissa on tarkasteltu parantumattomiin sairauksiin kuolleiden potilaiden hoitoa ennen heidän kuolemaansa ja erityisesti jälkikäteen monen kohdalla on voitu todeta, että siirtyminen palliatiivisen hoidon vaiheeseen olisi ollut järkevää tehdä jo paljon aiemmin ja keskittyä ihmisen elämänlaadun parantamiseen. Erityisen tärkeää on myös potilaan hoitopaikan valinta. Mikäli potilas menehtyy pitkällisen sairauden jälkeen akuuttiosastolla, on todennäköisempää, ettei siellä olla voitu toteuttaa samalla tavoin palliatiivista hoitoa kuin esimerkiksi muualla. Tämä pätee moneen erikoisalaan. Eutanasian salliva laki ei ratkaise ongelmaa vaan todellinen ratkaisu löytyy laista saattohoidosta.

Tähän lehteen on koottu Kristillisessä Lääkärilehdessä ilmestyneitä artikkeleita, jotka käsittelevät elämän loppuvaiheen hoitoa. Lehden alkupuoliskossa tarkastelemme eutanasiaa, kansalaisaloitetta eutanasiasta, kaltevan pinnan ilmiötä, potilasturvallisuuden vaarantumista ja eutanasiaan sisältyviä eettisiä ongelmia. Toisessa puoliskossa keskitymme hyvään elämän loppuvaiheen hoitoon – palliatiiviseen ja saattohoitoon.

Tarkoituksemme on tuoda keskusteluun useita erilaisia näkökulmia avaamaan lukijalle näköalaa koko teemaan. Näkemyksemme mukaan parhainta olisi säätää laki turvaamaan laadukas ja kattavasti saatavilla oleva saattohoito. Tätä mieltä ovat olleet myös kuolevia potilaita työseen hoitavat lääkärit (Lääkäriliiton kyselytutkimus v. 2017).

Laajemmin aihepiirin kirjoituksia löytyy Suomen Kristillisen Lääkäriseuran (SKLS) sivustolla olevasta linkkikokoelmasta: <http://www.skls.fi/arkisto/materiaalipankki/>



SKLS:n puheenjohtaja Markus Partanen

SKLS:n varapuheenjohtaja Kalle Mäki

SKLS:n sihteeri Anna Numminen

Toimitussihteeri Matias Pehkonen

8.10.2017

Elämän loppuvaiheen hoidon ja toimenpiteiden terminologiaa

Kuoleman salliminen

Saattohoito on se osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu kuoleman läheisyyteen viimeisille elinviikoille tai kuu-kausille. Hyvää saattohoitoa on osata luopua oikea-aikaisesti elämää ylläpitävistä turhista hoidoista.

Palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jota annetaan, kun parantavan hoidon mahdollisuuksia ei enää ole. Se on elämänlaatua tukevaa kokonaisuhoitoa, jossa keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psyykkisten, sosiaalisten ja eksistentiaalisten/hengellisten tarpeiden huomioon ottaminen. **Palliatiivinen sedaatio** tarkoittaa tajunnan tason laskemista lääkkeellisesti oireiden hallinnan edellyttämässä määrin joko periodimaisesti sen syvyyttä vaihdellen tai yhtäjaksoisesti aivan elämän viime vaiheissa.

Elämää pitkittävä ja elintoimintoja ylläpitävä hoito voidaan lopettaa, kun hoito ei paranna eikä hyödytä potilasta. Vastaavin perustein voidaan **pidättäytyä hoidoista**. Näiden toimien tarkoitus ei ole tuottaa kuolemaa, vaan sallia sen tuleminen, jotta ei pidetä kärsimystä. Tämä ei ole eutanasiaa.

Kuoleman tarkoituksellinen tuottaminen

Eutanasia on vakiintunut termi tarkoittaen *”lääkärin tarkoituksellisesti suorittamaa potilaan surmaamista lääkkeitä antamalla tämän toistuvasta, vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstä”*.

Lääkäriavusteinen itsemurha tarkoittaa tekoa, jossa *”lääkäri antaa apua henkilölle tämän vapaaehtoisesta ja kompetentista pyynnöstä itsemurhan suorittamiseksi saattamalla lääkkeitä yms. henkilön käyttöön, jotta tämä voi itse ne ottaa”*. Laajempi termi **avustettu itsemurha** kattaa kenen tahansa vastaavan toiminnan.

Kuolinapu -termiä käytetään merkitsemään tavallisimmin eutanasiaa ja varsin usein lääkäriavusteista itsemurhaa sekä näitä molempia. Termi aiheuttaa helposti sekaannusta, koska yleisessä kielenkäytössä sillä saatetaan tarkoittaa muutakin mm. hoitotoimista luopumista. Termiä tulisi siksi välttää ja käyttää sen sijaan täsmällisempiä ilmaisuja.

Passiivinen eutanasia on terminä ristiriitainen sisällöltään, sillä eutanasia on aina aktiivista kuoleman tarkoituksellista tuottamista ja **passiivinen eutanasia** -termiä on käytetty kuvaamaan toimia, joissa ei ole kyse tarkoituksellisesta kuoleman tuottamisesta. Kyseisen termin sisäisen ristiriidan vuoksi sitä ei tule käyttää.

Suomen Lääkäriliiton Lääkärin etiikka -kirja näkee toimenpiteiden takana olevan intenti- on eli tarkoituksiperän olevan keskeinen tekijä termien käytössä. Eutanasiaa koskevassa artikkelissa tehdään selvä ero luonnollisen **kuoleman sallimisen** ja **kuoleman tarkoituksellisen tuottamisen** välillä. Elämän lopun toimenpiteiden termejä käytettäessä tulisi käydä ilmi, kummasta puhutaan. Lääkärin etiikka -kirja määrittelee käyttämänsä keskeiset termit. Yllä olevat siteeraukset ovat sen mukaisia.

Tarkempi terminologian kuvaus elämän loppuvaiheen hoidoista ja toimenpiteistä löytyy Suomen Lääkäriliiton sivustolta: Mäki K. **Elämän lopun hoidon ja toimenpiteiden terminologiaa**. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/elaman-lopun-hoidon-terminologia/>

Erityisesti terminologian ongelmia käsitellään artikkelissa: Mäki K. **Kuolevan hoidon termit kohdalleen**. Kristillinen Lääkärilehti 2016;4:12-14. <http://www.skls.fi/arkisto/materiaalipankki/>

Kalle Mäki
LL, TK

ONGELMALLINEN EUTANASIA

Heikki Halkosaari



Eutanasia – näennäisesti inhimillistä?

Tähän on tultu. Eutanasiaa kannattavat ovat hurranneet kansalaisaloitteen kerätessä nimiä ja edetessä eduskuntaan. Ystävänäpäivänä puhemiehelle luovutettu aloite on ollut eduskunnan lähetekeskustelussa ja lähtenyt valiokuntakierrokselle. Suomen Lääkäriliitto on järjestänyt keväällä 2017 kierroksen palliatiivisen hoidon asioista, mutta ainakin Turun tilaisuudessa 13.2 keskusteltiin paljon myös eutanasiasta. Lääkäriliiton toiminnanjohtaja Heikki Pälve toi hienosti esiin MTV3:n Kymmenen Uutisissa Lääkäriliiton kantaa eutanasiaan ja palliatiivisen hoidon kehittämiseen. Tällaista tarvitaan lisää.

Eutanasian puolustajat vetoavat erityisesti inhimillisyyteen ja itsemääräämisoikeuteen. Toisaalta osa demonisoi meidät eutanasian vastustajat, sillä haluamme lisätä ihmisten kärsimystä – he sanovat. Onpa nähty myös slogan: ”eutanasia on rakkauden teko”.

Minusta nämä kuvaavat näennäistä inhimillisyyttä.

Kolme pelkoa eutanasiatoiveiden taustalla

Taustalla käsittäisin olevan pelon siitä, mikä on kärsimyksen määrä elämänsä lopussa. Kannattajat ajattelevat, että ellei kärsimystä saada poistettua, on inhimilliseksi antaa ihmisen valita kuolemansa aika ja paikka ja siten vapauttaa hänet elämän kärsimyksestä. He näkevät, että mikäli eutanasiaa vastustaa, haluaa automaattisesti pitkittää näiden ihmisten kärsimystä. Emme kuitenkaan elä mustavalkoisessa maailmassa. Vastustaminen ei tarkoita, että haluaisimme pitkittää ihmisen kärsimystä – päinvastoin: näemme, että sen voi hoitaa asianmukaisesti monin eri tavoin. Suurimpana ongelmana näemme ennemmin sen, ettei tehokkain palliatiivinen hoito tavoita sitä tarvitsevia. Lääkäriliiton kyselytutkimus kuolevia potilaita hoitaville lääkäreille puhuu myös tämän puolesta: tärkeimmäksi koettiin, että koti- maahamme saataisiin laki palliatiivisesta hoidosta. Kyselytutkimukseen vastanneiden ammattilaisten keskuudessa laki eutanasiasta ei saanut kannatusta.

Pelko on varmaan suurimpia eutanasiatoiveita ruokkivia asioita. Toinen pelon lähde edellä kuvatun kärsimyksen pelon lisäksi on pelko hallinnan menettämisestä. Eutanasian kannattajat sanovat, että mahdollisuus valita kuolemansa ajankohta antaisi tuon hallinnan tunteen takaisin. Tämä heidän mukaansa taas vaikuttaa psykologisesti helpottaen ihmisen ahdistuneisuutta. Ehkä. En osaa sanoa. On mahdollista, että hallinnan tunne tuo joillekin apua pelkoonsa. Mutta pelkoa voidaan lievittää muutenkin.

Kolmas keskeinen pelon lähde lienee kuolema itsessään. Nykysuomessa kuolema ei ole enää niin yleinen kokemus kuin aiemmin. Sen näkeminen nykyisin on monelle harvinaista. Kuolema on viety sairaalan muurien suojaan.

Näkisin, ettei pelon tule olla syy eutanasian myöntämiselle.

Vastauksia pelkoihin

Pelkoa voi helpottaa monin tavoin. Yksi tapa olisi varmuuden saaminen siitä, että potilasta hoidetaan loppuun saakka ja että hän saa apua sitä tarvitessaan. Näin nähdäkseni myös suurimmaksi osaksi tehdään, kunhan saattohoidon piiriin vain on päästy. Toinen keino on kokonaisvaltainen hoito. Vierailu Turun Karinakodissa avasi tästä silmiä. Esimerkiksi rauhallinen läsnäolo ja tuki loppuvaiheessa ovat aivan keskeisiä ihmisen kohtaamisessa ja hoitamisessa.

Palliatiivisen hoidon linjaukset tulee olla myös tehtynä ennen kuin tilanne akutisoituu. Päivystyspoliklinikalla ei tähän ole mahdollisuuksia. Myös palliatiivisen sedaation käyttöä tulisi harkita ehkä nykyistä useammin. Keskeistä on sen laajan ihmisjoukon tunnistaminen, jotka lähestyvät palliatiivisen hoidon ajankohtaa. Tässä kohden tulee



pystyä keskustelemaan hoitolinjauksista, ja siinä pidempiaikainen, luottamuksellinen potilas-lääkärisuhde on kullannarvoista. Myös oikeaan hoitopaikkaan pääsy on tärkeää. Pitkälle erikoistuneen sairaanhoitojärjestelmämme kohdalla on keskeistä, että on paikassa, jossa palliatiivisen hoidon kulttuuri on sisäistetty riittävästi.

Ongelmaton lakiko?

Mitä ongelmia eutanasiasta sitten seuraa? On hirveän sinisilmäisen naiivia väittää, että eutanasian salliva laki jäisi vain nykyloitten kaltaiseksi. Kaltevaksi pinnaksi ristitty ilmiö on erittäin todellinen ongelma – Alankomaiden ja Belgian esimerkit todistavat tämän. Näissä maissa on ollut tapauksia viime vuoden kuluessa, joissa alkoholistille ja masentuneille on tehty eutanasia. Yhä nuoremille lapsille niitä on myös myönnetty. Kehitysvammaiset ja dementiapotilaat ovat jo kohta odottamassa vuoroaan. Pelkään, ettei loppua ole valitettavasti näkyvissä.

Laki eutanasiasta vaarantaa potilasturvallisuuden. Edellä kuvatuissa maissa vuosien myötä käytännöt ovat alkaneet lipsua. Näissä maissa on esimerkiksi raportoitu aivan liian yleisesti tapauksia, joissa lääkäri on ilman ainuttakaan keskustelua asianomaisen potilaan kanssa antanut ”intensiiviseksi kivun lievitykseksi” kutsuttua ”hoitoa” tarkoituksenaan aiheuttaa potilaan menehtyminen. Tällöin tätä ei ole tarvinnut edes ilmoittaa alueellisille eutanasiakomiteoille, jotka on perustettu valvomaan lakia. Ja tällä hetkellä jopa joka neljäs eutanasia jätetään ilmoittamatta valvontaviranomaisille, joten edes lain valvontaa ei pystytäkään nähdäkseni tekemään riittävän luotettavasti.

Eutanasian kannattajat haluavat antaa itsemääräämisoikeuden kuolevalle potilaalle. Samalla he kuitenkin vaikeavat sujuvasti siitä, että tarvitaan joku toteuttamaan eutanasiatoive. Varmaan löytyy lääkäreitä, jotka tähän suostuvat. Mutta liian vähän on tutkittu sitä, mitä eutanasian tekeminen vaikuttaa tekijäänsä. On tutkimusviitteitä myös siihen suuntaan, että tämä jää kuormittamaan tekijäänsä huomattavasti. Ei ole kevyt asia päättää toisen elämä, vaikka sitä kuinka koettaisi perustella toisen vapaalla valinnalla. Sitä en haluaisi kenenkään selkään säilyttää, sillä eutanasia sotii niin keskeisesti lääkäriyden ydintä vastaan. Lisänsä tähän tuo myös arviointiprosessin ongelmallisuus – ettei asia olisi liian yksinkertaista.

Oma lukunsa ovat myös ne maan hiljaiset – iäkkäät elämänsä ehtoopuolella. Kuinka monelle heistä tulee paineita siitä, ettei heidän tulisi enää olla vaivaksi tai haitaksi? Nykyistä aloitetta puoltavat sanovat, että tämä on täysin eri asia. Ehkä osittain, mutta mahdollinen laki eutanasiasta vaikuttaisi väistämättä siihen, miten osa kokee itsensä ja elämänsä. Laitoshoidossa oleva vanhus saattaisi alkaa kokea itsensä enemmän taakaksi kuin

Todellinen ongelma on, ettei saattohoito ole riittävän hyvin saatavilla niille, jotka siitä selvästi hyötyisivät.

arvokkaaksi yksilöksi. Yhteiskunta lähettää minusta väärän signaalin tässä, mikäli eutanasialakia tultaisiin hyväksymään.

Tarkasti rajattua eutanasiaa vahvasti puoltavan Juha Hännisen yksi keskeisistä argumenteista ovat ne muuttamat kuolevat potilaat, joiden kohdalla hän kokee, ettei nykymuodossaan saada oireita riittävästi lievitettyä. Hän arvioi, että Suomessa heitä olisi noin 200- 300 henkeä. Joidenkin toisten arvioiden perusteella arviot ovat alle viidesosa tuosta luvusta, alle 40. Palliatiivinen sedaatio antaisi varmasti ainakin osalle tästä ryhmästä riittävän avun. Yksi kysymyksistäni onkin, onko se riittävän hyvin saatavilla eri puolilla ja eri tilanteissa? Ja käytetäänkö sitä silloin, kun sen tarve olisi?

Yleisemmin kannattaa kysyä: Entä onko hyvä palliatiivinen hoito yleensäkin riittävän hyvin saatavilla kaikille, jotka siitä selvästi hyötyisivät? Tämä on minusta se todellinen ongelma!

Toisaalta, mitä jos kuitenkin jäisi pieni joukko ihmisiä, joiden kärsimyksiä ei saataisi riittävästi hallintaan? Tulisiko heidät sitten poistaa keskuudestamme? Minusta se ei ole inhimillistä, vaan ennemmin näkisin, että tuota kohderyhmää tulisi tutkia lisää ja pyrkiä löytämään siihen apu eri tavoin. Ehkä olen sinisilmäisen naiivi uskoessani, että heillekin olisi tavalla tai toisella kehitettävissä erilaista hoitokeinoa tutkimuksen kautta. Tähän suuntaan haluaisin kuitenkin, että asiat etenisivät.

Markus Partanen

SKLS:n puheenjohtaja vuodesta 2014



Artikkeli on julkaistu alun perin pääkirjoituksena Kristillisessä lääkärilehdessä 1/2017 s. 3-4.

Artikkelia on osin muokattu uudelleen julkaisua varten.

Eutanasia?

Keskustelussa eutanasiasta ovat usein päällimmäisinä mielikuvat. Niiden varaan vain on vaikea rakentaa johdonmukaista kuvaa kokonaisuudesta. Keskustelun selkeyttämiseksi on paikallaan fokusoida problematiikka muutamiin kysymyksiin.

1. Mikä on se kärsimys, jota voidaan pitää sietämättömänä?

Eutanasian perusteluna on pääsääntöisesti termi ”sietämätön kärsimys”. Termin määrittely on keskeistä, sillä siitä seuraa, millaista joukkoa tarkoitetaan mahdollisena eutanasian kohteena.

Palliativisen hoidon asiantuntijat sekä Suomessa että kansainvälisesti ovat sitä mieltä, että esim. syöpäpotilaiden kohdalla kipu pystytään hallitsemaan siinä määrin, että se ei näyttäisi olevan enää heidän kohdallaan ”sietämätöntä” eikä siten adekvaatti peruste elämän radikaalille lyhentämiselle. Näiden sijasta esimerkiksi käytetään usein ALS-potilaita. Heidän keskuudessaan tehty tutkimus kuitenkin osoittaa, että he itse näkevät elämänsä mielekkäämpänä kuin ihmiset heidän ympärillään. Hoidollisesti ongelmallisia ovat lähinnä neurologisista tai muista syistä elämän loppuvaiheessa hengenahdistusta potevat potilaat. Mikä heidän määränsä sitten on? Olen tiedustellut tätä ja saanut vastauksen, että heidän määränsä on vuosittain laskettavissa sormin, ehkä yhden käden sormin. Tästä joukosta ko me keskustelemme puhuessamme eutanasian oikeutuksesta?

Palliativinen sedaatio on se kärsimyksen ja kivun lievityksen muoto, joka on viimeinen lääketieteen keino, kun muut keinot eivät enää auta. Suomalaisen Käypä hoito -suositusten mukaan toteutettuna se ei jouduta kuolemaa. Eutanasian kannattajat vetoavat siihen, että palliativinen sedaatiokaan ei kaikkia auttaisi. Tämä on jonkin verran kiistanalainen väite, sillä muutamat käy-

tännön toimijat ovat toisaalta todenneet, että hyvin toteutettu palliativinen hoito ja siihen tarvittaessa liittyvä palliativinen sedaatio tekevät eutanasian käytännössä tarpeettomaksi. Näin on todettu mm. Pirkanmaan hoitokodin kannanotossa.

2. Mikä on ihmisen autonomia oman elämänsä ja kuolemansa suhteen?

Yleisesti lehtikirjoittelussa tulee esiin keskeisenä perusteena henkilön oma määrittely kärsimyksen määrästä ja halu itse päättää kuolemansa ajankohdasta. Tätä autonomiaa on käytetty filosofisena perusteena eutanasia-

le. Alankomaissa koko lainsäädännön voimassaolon ajan on menty lähemmäs henkilön subjektiivista kokemusta ja tahtoa eutanasian toteuttamisessa, vaikka Alankomaissa ei olekaan potilaalla subjektiivista oikeutta eutanasiaan. Suomessa laki potilaan oikeuksista ei anna potilaalle oikeutta vaatia jotakin hoitoa; itsemääräämisoikeus toteutuu vahvimmillaan oikeutena kieltäytyä hoidoista.

Alankomaiden lääkariliitto (KNMG) on antanut vuonna 2011 soveltamisohjeen, jossa se katsoo, että eutanasian perusteena oleva kärsimys voi koostua moniulotteisesta kokonaisuudesta, jossa riittää, että siinä on yksi lääketieteellinen osatekijä. Psykososiaalinen ja eksistentiaalinen kärsimys luetaan lääketieteelliseksi syyksi ja muita tällaisia ovat mm. kuulo-, näkö- sekä liikkumisvaikeudet, vuoteenomaksi jääminen, heikkous sekä ekshaustio. Tällainen määrittelyn laajentaminen kattaa jo varsin laajasti potilaiden subjektiiviset eutanasiatoiveet. Maailmalla on eutanasiaa vaativia järjestöjä, jotka ovat jättäneet sivummalle kärsimyksen eutanasian vaatimisen perusteena. Keskeisenä perusteena näillä on potilaan subjektiivinen näkemys ja tahto eutanasian toteuttamisesta.



Freelimages.com / Brian Hoskins

Autonomian vaatimus on ristiriitainen siinä suhteessa, että jonkun toisen täytyisi kuitenkin toteuttaa potilaan toive kuolemasta. Eutanasian perusajatushan on, että toinen henkilö panee kuoleman täytäntöön. Tätä kysymystä on yritetty ratkoa avustetun itsemurhan kautta, mutta auttavan osapuolen moraalinen vastuu ei siinä oleellisesti eroa eutanasiasta. Ei siis voi olla puhtaasti autonomialla perusteltua eutanasiaa. Ei ole moraalisesti eikä eettisesti oikein velvoittaa (tai edes oikeuttaa) toista osapuolta toteuttamaan toisen kuoleman toivomusta tämän subjektiivisesta pyynnöstä.

3. Mikä on lääkärin profession suhde potilaan autonomiaan?

Tarvitaan siis toista osapuolta arvioimaan eutanasian edellytyksiä ja sellaiseen pystyy lääketieteellisen näkökulman osalta vain lääkärinkunta. Jokainen yksittäistä potilasta koskeva eutanasiatoive koskettaa siis aina lääkärinkuntaa, lääkärin professiota. Siinä ei koskaan ole kyse vain kahden henkilön välisestä vuorovaikutuksesta. Tämä on yksi niistä näkökohdista, jotka pääsääntöisesti sivuutetaan keskustelussa. Tämän sivuuttaa varsin kevyesti mm. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) vuoden 2011 kannanotosaan. Toinen puute kyseisessä kannanotossa on lainsäädännön ongelmien kuvauksen puute. Näiden näkökulmien puuttuessa kyseisen kannanoton painoarvo jää vajaaksi ja päättelyyn jää aukkoja. Pelkästään yksittäisen potilaan kokemuksesta nouseva argumentointi on siten varsin ongelmallista. Eutanasiassa on aina kyse yhteisöllisestä ja yhteiskunnallisesta tapahtumasta, jota ei voi toteuttaa ilman lääkärin professiota eikä ilman lainsäädäntöä.

Lääkärin tulee voida säilyttää luottamuksensa potilaiden keskuudessa. On ilmeistä, että eutanasia on asia, joka ainakin määrätyissä potilasryhmissä saa aikaan luottamuksen menettämisen. Tämän on tullut esiin mm. vammaisjärjestöjen kannanotoissa. Suomessa asian on ilmaissut näin mm. Vihreät vaivaiset ry, joka on Vihreän liiton sisäinen vammaisfoorumi.

Lisäksi on ilmeistä, että joukkoviestinnän ja yleisen eutanasiamyönteisen kirjoittelun kautta voi syntyä varsinkin iäkkäille sairaille ympäristön luoma sisäisen velvoitteen tuntu eutanasiasta. Silloin ei enää voi katsoa, että henkilö tekisi päätöksiä omasta vapaasta tahdosta. Olemme koko ajan tilanteessa, jossa viestintä muokkaa yleistä mielipidettä ja tähän eutanasiaa ajavat järjestöt nimenomaan pyrkivätkin. Ei puhuta enää esim. armomurhasta, vaan "hyvästä kuolemasta", ei puhuta siitä että "lääkäri pyynnöstä surmaisi potilaan" vaan puhutaan "sietämättömän kärsimyksen lopettamisesta", siis huom. kärsimyksen lopettamisesta, vaikka itse asiassa potilas on se joka lopetetaan. Ensimmäinen eutanasialaki säädettiin Australiassa ja siellä se myös ensimmäisenä kumottiin. Miksi? Siksi, että väestö menetti luottamuksen lääkärinkuntaan. He eivät enää uskaltaneetkaan hakeutua lääkäriin vaivoinensa pelätessään lääkärin profession muuttunutta luonneta.

Eutanasia säilytettäisiin siis lääkärinkunnan vastuulle lääkärin ammatillisen osaamisen vuoksi. On todettava, että eutanasia ei ole hoidollinen toimi. Sitä ei tee sel-laiseksi se, että toteuttajana on lääkäri. Kyse on ihmis-elämän lopettamisesta. Eutanasia merkitsisi lääkärin työn — siis profession — luonteen oleellista muuttumista ja lääkärinkunnan luopumista niistä elämän kunnioittamisen ja suojelemisen periaatteista, joille koko professio rakentuu.

4. Mitkä ovat yhteiskunnan lainsäädännön mahdollisuudet? Pystytäänkö niillä hallitsemaan tämän ongelmavyöhyden kokonaisuutta?

Alankomaat on esimerkki siitä, että lainsäädännöllä ei kyetä hallitsemaan eutanasian käytäntöä. Alankomaissa on myös non-voluntaarisia eutanasiatapauksia eli euta-

nasia toteutetaan ilman adekvaattia pyyntöä, vaikka lainsäädäntö ei niitä hyväksykään. Eutanasia jää raportoimatta neljänneksessä tapauksista, vaikka raportointi tulisi tehdä, jotta toimenpide olisi laillinen. Eutanasian velvoitteiden kiertämiseksi on alettu lisääntyvästi käyttämään yhtäjaksoista, syvää ja elinaikaa lyhentävää sedatiota. Tämän toteuttamiseen ei tarvita toisen lääkärin mielipidettä ja tutkimusten mukaan se toteutetaan usein myös keskustelematta asiasta potilaan tai omaisten kanssa.

Vaikka lainsäätäjän motiivit olisivat kuinka hyvät, niin sitä ei voi välttää, että eutanasian salliminen avaa väistämättä tien väärinkäytöksille ja puhtaille virheille. Näiden seurauksena on aina kohtalokas, kuolema. Lääketieteessä tämän kaltainen virheiden mahdollisuus ei ole hyväksyttävää.

Juridiikassa lainsäädännön peruseriaatteita on, että lainsäädäntöä ei tehdä kovin pienelle joukolle. Mikäli kärsimystä katsotaan lääketieteellisestä näkökulmasta, niin joukko on niin pieni, että eutanasiainsäädännön kynnys ei näytä ylittyvän.

5. Mitkä ovat ne perusarvot — eettiset, filosofiset tai eksistentiaaliset/teologiset —, jotka ohjaavat ratkaisuja tehtäessä?

Potilaan vaikean kärsimyksen äärellä lääkäri joutuu punnitsemaan toimiaan elämän kunnioittamisen ja kärsimyksen lievittämisen suhteen. On kysely, oikeuttaako kärsimyksen lievittäminen sen, että kärsimys lopetetaan lopettamalla potilaan elämä. Vastaavasti on kysely, voiko elämän kunnioittaminen tarkoittaa kärsivän kohdalla myös hänen elämänsä päättämistä. Kumpaankin näistä ajatuksista sisältyy sisäistä ristiriitaa sekä oletus, että kärsimyksen takia jonkun ihmisen elämä ei olisi arvokas jatkumaan. Miten kärsimyksen määrä voisi määrittää ihmiselämän arvon?

Maailman lääkäriliitto (WMA) on perusjulistuksissaan varsin selkeästi määritellyt lääkärin etiikan perusarvot: elämän kunnioittaminen ja suojeleminen (Declaration of Geneva ja International Code of Medical Ethics). Suomen Lääkäriliiton hyväksymissä Lääkärin eettisissä ohjeissa on elämän kunnioittaminen ja suojaaminen asetettu näitä seuraten ensimmäiseksi arvoksi: Lääkärin velvollisuutena on suojata ihmiselämää ja lievittää kärsimystä. Keskeinen lääkärin etiikan arvo on myös vahin-

goittamisen välttäminen. Lääkärin velvollisuudesta lievitää kärsimystä ei seuraa, että lääkärin tulisi auttaa ihmistä kuolemaan. Kansainväliset ihmisoikeusjulistukset ja WMA:n perustavat julistukset katsovat, että elämän kunnioittaminen ja suojeleminen ovat elämää säilyttäviä.

WMA onkin ottanut toistuvasti kielteisen kannan eutanasiaan ja lääkärin avustamaan itsemurhaan (Declaration on Euthanasia 1987, Statement on Physician-Assisted Suicide 1992, Resolution on Euthanasia 2002). Näitä seuraten Suomen lääkäriliitto on myös ottanut kielteisen kannan eutanasian laillistamiseen.

Euroopan ihmisoikeussopimus turvaa artiklassa 2 jokaisen oikeuden elämään: Keneltäkään ei saa riistää hänen elämänsä tahallisesti. Siitä ei ole määritelty sellaisia poikkeuksia, jotka oikeuttaisivat eutanasian toteuttamiseen. Euroopan neuvosto on ottanut eutanasiaan kielteisen kannan (resoluutio 1859 vuodelta 2012) ja samalla se on kieltänyt sellaisen hoitotahdon oikeutuksen, jolla sallitaan eutanasia.

Yhteiskunnan arvoihin vaikutetaan nykyään tietoisesti median kautta. Eutanasia on yksi alue, jossa sitä tehdään systemaattisesti, mm. Exitus ry toimii näin. Lääkärikunnassakin on tuki erilaisia mielipiteitä. On myös otettava huomioon, että yhteiskunnat säättävät lakeja äänestämällä. Etiikkaa ei vain voi oikein tehdä galluppien pohjalta.

Teologiset perustelut suhtautua varauksellisesti eutanasiaan nousevat osin samoista argumenteista, joille lääkärin etiikka perustuu: ihmisarvo ja elämän kunnioittaminen. Jumalan kuvana ja Jumalalta henkensä saaneena ihmisen arvo näyttäytyy tosin vielä merkittävämpänä kuin lääketieteen etiikan perusteluissa. Kristillisen rakauden näkökulmasta on oleellista, että kuolevalle annetaan voitava hyvä hoito ja että hänen rinnallaan kulkee lähimmäinen viime hetkeen saakka.

Kalle Mäki

LL, TK

Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan jäsen
Pirkanmaan Hoitokodin hallituksen jäsen

Luettavaa aiheesta:

Kattelus M, Nummi V (toim). Lääkärin etiikka. 7. painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 2013.
<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/>

Eutanasian tietosivusto www.euthanasia.com



Artikkeli on julkaistu alun perin SKLS:n jäsenkirjeen 1/2013 teemaliitteessä Eutanasia s. 4-7. Artikkelia on päivitetty uudelleen julkaisua varten.

Eutanasia-kansalaisaloite on ongelmallinen

Eduskunnalle jätetty kansalaisaloite eutanasian laillistamiseksi kajoaa ihmisoikeuksista perimmäiseen, yksilön hengen koskemattomuuteen. Kun kyseinen ehdotus sisältää vakavia sisällöllisiä, käsitteellisiä ja käytäntöihin liittyviä ongelmia, on syytä tarkastella sitä yksityiskohtaisesti.

Eutanasian laillistamiseksi Suomessa on tehty useita aloitteita, kansalaisaloitteitakin. Ne eivät ole tähän saakka saaneet vaadittavaa kannatusta, mikä on osoittanut, että eutanasian laillistamiseen suhtaudutaan hyvin varauksellisesti.

Julkisuuden henkilöiden kansalaisaloite, joka toi itseään esille monin tavoin tavoitteellisesti mediassa, onnistui ylittämään kannatuskynnyksen. Kyseinen aloite eutanasiasta jätettiin eduskunnalle 14.2.2017 (1). Eduskunnan lähetekeskustelussa se annettiin sosiaali- ja terveysvaliokunnan valmisteltavaksi (2). Mahdollisesti syksyllä 2017 valiokunta käsittelee aloitetta ja antaa siitä mietintönsä.

Ristiriidat perustuslain ja ihmisoikeusjulistusten kanssa sivuutetaan

Kyseinen kansalaisaloite ei sisällä valmista ehdotusta lakitekstiksi, vaan esittää suuntaviivoja, joiden mukaisesti esitetään säädettäväksi laki. On merkillepantavaa, että aloitteessa sivuutetaan kokonaan eutanasian perustuslailliset ongelmat koskien yksilön hengen koskemattomuutta sekä ongelmat suhteessa lääkärin etiikkaan omantunnonvapautta lukuun ottamatta. Samoin syntyy ristiriitoja ihmisoikeusjulistusten ja EU:ssa linjatun (3) yhteiskuntaetiikan kanssa.

Näin vakavien ongelmien vuoksi on aiheellista tarkastella systemaattisesti sitä ajattelua, jolle aloite rakentuu. Aloitteen ajatuskuluista heijastuu lääketieteellisen asiantuntemuksen puutteellisuus.

Asianmukainen eutanasian määrittely puuttuu

Ensinnäkin aloitteesta puuttuu kokonaan eutanasian määrittely. Koska aloitteessa halutaan nojautua vahvasti lääkärin asiantuntemukseen, olisi ollut paikallaan, että aloitteessa olisi käytetty Suomen Lääkäriliiton tai Maailman Lääkäriliiton määrittelyä. Suomen Lääkäriliiton eettisistä linjauksista laadittu Lääkärin etiikka -kirja määrittelee eutanasian tarkoittavan ”lääkärin tarkoituksellisesti suorittamaa potilaan surmaamista lääkkeitä antamalla tämän toistuvasta, vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstä.” (4) Maailman lääkäriliitto (WMA) toteaa eutanasiasta seuraavasti: ”Euthanasia, that is the act of deliberately ending the life of a patient, even at the patient's own request or at the request of close relatives, is unethical.” (5)

Aloitteessa esitetty selitys kreikan kielen terminologiasta (ευ θάνατος, eu thanatos) on tehty siten, että termille on pyritty antamaan merkitys, joka vastaa kansalaisaloitteen tekijöiden käsitystä termin sisällöstä. Siinä ei ole otettu huomioon, että termillä on itse asiassa hyvin toisenlaista sisältöä, kuten Suomen Lääkäriliiton määrittely osoittaa. Tämä antaa aiheita kysyä, onko termi kuvattu tarkoitushakuisesti. Vastaavasti epäselvyys eutanasian määrittelystä on tullut esiin muutamia kyselytutkimuksia tarkemmin arvioitaessa ja se on kyseenalaistanut niiden luotettavuutta. Nyt käsillä oleva kansalaisaloite on täytynyt allekirjoittaa ilman, että se on sisältänyt eutanasian asianmukaista määritelmää. Tältä pohjalta voidaan kysyä, olisiko aloite saavuttanut riittävä kannatusta, jos eutanasia olisi määritelty niin kuin se tulisi tehdä?



- 1) Oikeusministeriö. Kansalaisaloite.fi. Eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta 7.11.2016. <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/2212>
- 2) Eduskunta. KAA 2/2017 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/KasittelytiedotValtiopaivaasia/Sivut/KA_2+2017.aspx
- 3) Euroopan neuvosto. Resolution 1859 (2012). Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=18064&lang=en>
- 4) Kattelus M, Nummi V (toim). Lääkärin etiikka. 7. painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 2013: 159. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/>
- 5) WMA Declaration on Euthanasia (2015). <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13/>

Kansalaisaloite on täytynyt allekirjoittaa ilman, että se on sisältänyt eutanasian asianmukaista määritelmää.

Aloite perustuu käsitteelle ”sietämätön kärsimys”, mutta mitä se on?

Kansalaisaloitteessa eutanasiasta on muitakin vakavia terminologian ongelmia. ”Sietämätön kärsimys” on käsitteenä erittäin ongelmallinen. Sitä ole määritelty aloitteessa, eikä sille ole olemassa lääketieteessä määriteltyjä kriteerejä Suomessa eikä lääkärikunnalle yhteisissä kansainvälisissä linjauksissa. Aloitteessa termillä tarkoitetaan joko puhtaasti fyysistä kärsimystä tai pelkätään psyykkistä kärsimystä tai näiden yhdessä muodostamaa kärsimystä, mutta ei lainkaan kuvata, millaisin kriteerein jokin kärsimys on ”sietämätöntä”. Ainut viite kärsimyksen luonteeseen esitetään kiertäen määrittelemällä se palliatiivisen hoidon ”riittämättömyytenä” vai kutuksiltaan. ”Riittämättömyys” on yhtä lailla aloitteessa vailla määrittelyä. Onko kyse lääkärin arviosta vai potilaan arviosta ja missä ovat kriteerit?

Aloitteessa eutanasian toteuttamisen koko lähtökohtainen ajattelu perustuu sille, että ”muu hoito ei riitä lieventämään kuolevan ihmisen kärsimyksiä” ja että kärsimystä ei voida ”olennaisesti lievittää”. Oletuksena on, siten, että palliatiivisessa hoidossa ei olisi kärsimyksiä ”riittävästi” tai ”olennaisesti” lievittäviä keinoja. Aloitteessa on viitattu nimeltä kipuun kärsimyksen muotona. Sen hoidon osalta tiedetään, että palliatiivisessa hoidossa kipu ei ole keskeinen ongelma, se on hallittavissa.⁽⁶⁾ Palliatiivisen lääketieteen käytössä on useita erilaisia menetelmiä niin kipujen kuin muidenkin kärsimysten lievittämiseksi. Yksi tehokkaimmista keinoista, johon voidaan turvautua muiden keinojen lisäksi, on

palliatiivinen sedaatio ⁽⁷⁾. Siinä potilaan tajunnan tasoa lasketaan tarvittavassa määrin niin että hänen kärsimyksensä lievittyy. Tämä voidaan toteuttaa tilapäisesti tai periodimaisesti sedaation syvyyttä tarpeen mukaan vaihdellen tai aivan elämän lopussa yhtäjaksoisena kuolemaan saakka.⁽⁸⁾ Tuskin voidaan kiistää, etteikö kärsimystä näin voida ”olennaisesti” lievittää. Täten voidaan kysyä, onko enää niitä, jotka kansalaisaloitteessa tarkoitettulla tavalla eivät saisi ”riittävästi” lievitystä?

Palliatiivinen hoito kehittyy ripeästi koko ajan. Jatkuvasti kehitetään uusia tehokkaampia hoitomenetelmiä. Koulutusohjelmat laajentavat jatkuvasti palliatiivisen hoidon osaamista. Tämän kehityksen ja jo nykyosaamisen valossa eutanasia-aloite näyttäytyy tässä suhteessa tukeutuvan menneen ajan käsitykseen palliatiivisen hoidon mahdollisuuksista. Eutanasia-aloitteen allekirjoitusvaiheessa julkisuudessa oli korostetusti esillä muutamia potilastapauksia. Niitä tarkemmin analysoitaessa on todettu, että useissa on kyse ollut siitä, että ei ole ollut käytettävissä tai ei ole osattu käyttää olemassa olevia palliatiivisen hoidon mahdollisuuksia ⁽⁹⁾. Ongelmia oli myös joissakin oikea aikaisen saattohoitopäätöksen tekemisessä. Siten tämän kaltaisten yksittäistapauksien käyttäminen perusteena eutanasia-aloitteelle on näyttäytynyt kyseenalaiselta. Näiden seikkojen valossa aloitteen arvioon mahdollisten lainsäädännön myötä toteutettavien eutanasioiden määristä on suhtauduttava varauksellisesti. Lainsäädännön yleisperiaatteena on, ettei lakia tehdä kovin pientä joukkoa varten. Itse asiassa eutanasia-aloitteen kohdalla tämä määrällinen kynnys ei näytä ylittyvän.

Eutanasia ei ole hoitotoimi, silti vastuut syötään lääkäreille

Eutanasia-aloite vyöryttää merkittävän vastuun koko eutanasiaprosessin toteuttamisesta lääkärikunnalle. Aloite ei ota huomioon, että eutanasia ei ole hoitotoimenpide, eikä siten kuulu lääkärin profession toimenkuvaan. Aloitteessa on kyse siitä, että osaamisensa perusteella lääkärit veloitettaisiin tekemään toimenpide, joka on eettisesti tuomittava kansainvälisen lääkärin etiikan määrittelyjen mukaan (ks. edellä WMA:n kanta). Suomen Lääkäriliitto on johdonmukaisesti vastustanut sitä, että eutanasia sallittaisiin lainsäädännössä. ⁽¹⁰⁾ Aloitteen tekijät eivät ole mitenkään ottaneet tätä huomioon.

6) Saarto T ja Lehto J. Eutanasiasta voi tulla saattohoidon korvike – eduskunnalle jätettyyn kansalaisaloitteeseen kätkeytyy vaikeita ongelmia. Helsingin Sanomat 18.2.2017. <http://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000005092973.html>

7) Pöyhä R. Palliatiivinen sedaatio. Teoksessa: Palliatiivinen hoito, 3. uudistettu painos 2015, s. 265-271.

8) Pöyhä R. Mitä onkaan palliatiivinen sedaatio? Kristillinen Lääkärelehti 3;2017, s. 28-31

9) P. Tiessalo. Eutanasia ymmärretään usein väärin – ”Onko kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen kärsimys surmaamalla hoidettava taudinkuva?” YLE (16.2.2017). <http://yle.fi/uutiset/3-9460880>

10) Kattelus M, Nummi V (toim). Lääkärin etiikka. 7. painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 2013: 159-162. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/>

Aloitteen mukaan lääkärin pitäisi arvioida seuraavat asiat: Potilaan oikeustoimikelpoisuus, ikä, kognitiivinen kompetenssi sekä lisäksi, että potilaan pyyntö on vapaaehtoinen ja harkittu, eikä ole ulkoista painostusta ja että pyyntö on luonteeltaan vakaa. Lääkärin tulisi olla myös perillä siitä, että potilaan hoidossa ei ole enää mielekkäitä vaihtoehtoja ja että potilas ei kärsi arvostelukykyyään heikentävästä sairaudesta sekä tunnistaa ja hoitaa potilaan mahdollinen depressio tai ohjata hänet hoitoon. Tällaiset arviointiprosessit voisivat merkittävästi lääkärin aikaa ja se aika olisi poissa sellaisen lääkärin muusta hoitotyöstä, joka mitä todennäköisemmin työskentelisi juuri palliatiivista hoitoa vaativien parissa.

Kansalaisaloitteessa eutanasiasta on varsin vaativa lista asioista, jotka lääkärin tulisi kyetä toteuttamaan luotettavasti ja ilman virheitä, sillä virhe on aina kohtalokas johtaen potilaan ennenaikaiseen tarkoitukselliseen surmaamiseen. On varsin vaikea arvioida ympäristön vaikutusta potilaan päätöksentekoon. Ympäristön ilmapiiri saattaa joskus olla sellainen, että potilas alkaa tuntea, että hänen odotettaisiin jo poistuvan keskuudesta (11). Tällaiseen voivat johtaa tiedotusvälineiden viestit yhtä hyvin kuin omaisten puheet.



Public Domain / George Hodan

Palliatiivisessa hoidossa kehitetään koko ajan uusia toimia, joilla pyritään parantamaan potilaan vointia ja hoitamaan oireita. Näistä perillä ollakseen arvioivalla lääkärillä tulee olla perehtyneisyys palliatiivisen hoidon mahdollisuuksiin. Yleislääkäreillä on harvoin sen tason osaamista, jota tällainen arviointi edellyttää. Mielekkäänä viimeisenä vaihtoehtona on palliatiivinen sedaatio, jolla kärsimystä pystytään "oleellisesti" lievittämään.

Kansalaisaloitteessa eutanasiasta ei aseteta kriteerejä ensimmäistä arviota tekeväälle lääkärille eikä liioin toiselle lääkärille, jota aloitteen mukaan tulisi konsultoida. Kummallakin tulisi siis olla hyvät tiedot ja taidot palliatiivisesta lääketieteestä sekä myöskin psykiatriasta, sillä "arvostelukykä heikentävät psykiatriset sairaudet" tulee kyetä tunnistamaan ja depressio hoitamaan. Tämän tasoisen osaamisen hallitsevat ja käytännössä potilaiden viime vaiheita hoitavat lääkärit ovat kuitenkin Suomen Lääkäriliiton tutkimuksen mukaan vahvasti sitä mieltä, että eutanasiaa ei tarvita. (12)

Aloitteessa jää lisäksi auki, miten eutanasiapyynnön vastaanottaneen lääkärin tulisi painottaa konsultoidun lääkärin mielipidettä. Mitä jos tämä on sitä mieltä, että eutanasiaa ei tule toteuttaa? Nyt aloitteessa ei konsultaativastaukselle aseteta lainkaan velvoitearvoa, vaan eutanasiapyynnön vastaanottanut lääkäri voi konsultaation vastakkaisesta mielipiteestä huolimatta toteuttaa eutanasian.

Aloite ei liioin aseta pätevyyskriteerejä eutanasian suorittamiseen velvoitetulle lääkärille. Tutkimusten mukaan eutanasian ja avustetun itsemurhan suorittamisessa on saattanut olla ongelmia noin 14% tapauksista Alankomaissa (13).

Vaikka aloite puhuu omantunnon vapaudesta, niin ehdotus ei sitä täysin takaa. Jo osallistuminen potilaan lähettämiseen toiselle lääkärille voidaan katsoa toimimiseksi osana eutanasiaprosessia ja tästä tulisi myös voida kieltäytyä, jotta omantunnonvapaus täysin toteutuisi.

- 11) Hallamaa J. Eutanasiasta kerrotaan vain kauniita tarinoita – Vastustajat leimataan julmureiksi. Suomen Kuvalehti 2.3.2017. <https://suomenkuvalehti.fi/jutut/kotimaa/eutanasiasta-kerrotaan-kauniita-tarinoita-vastustajat-leimataan-julmureiksi/?shared=960142-e219aab6-999>
- 12) Suomen Lääkäriliiton kysely: Saattohoito kehittynyt viimeisten vuosien aikana (13.2.2017). Kuolevia potilaita hoitavien lääkäreiden mielipiteitä saattohoidosta ja eutanasiasta. 2017. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/laakariliiton-kysely-saattohoito-kehittynyt-viimeisten-vuosien-aikana/>
- 13) N Engl J Med 2000; 342:551-556. Groenewoud J, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Willems D, van der Maas P, van der Wal G. Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200002243420805#t=articleResults>

Lainsäädöllä ei ole pystytty estämään kaltevan pinnan ilmiötä

Kansalaisaloitteessa eutanasiasta ehdotetaan, että eutanasiat ilmoitetaan *jälkikäteen* eutanasioiden valvontaelimelle. Eutanasioille ei siis ole mitään etukäteiskontrollia viranomaistasolla! Alankomaissa ja Belgiassa on vastaava käytäntö ja tämä on tuonut mukanaan merkittäviä ongelmia. Alankomaissa noin neljännes (14,15) ja Belgiassa noin puolet eutanasioista jää raportoimatta (16). Näin eutanasioita jää merkittävä määrä valvonnan ulkopuolelle. Lisäksi eutanasiaprotokollaa on alettu kiertää toimenpiteillä, joita kutsutaan ”intensiiviseksi kivun ja muiden oireiden lievittämiseksi” tai ”kuoleman jouduttamiseksi ilman potilaan nimenomaista pyyntöä” (17). Tämä osoittaa, että eutanasian toteuttaneissa maissa ei ole lainsäädännöllä pystytty luomaan järjestelmää, jossa ei olisi merkittäviä epäkohtia. Näiden esimerkin valossa eutanasiaa ei siis tulisi lainkaan laillistaa.

Eutanasian hyväksyneissä Alankomaissa (vuonna 2002) (18), Belgiassa (v. 2002) (19) ja Kanadassa (v. 2016) (20) on kaikissa ollut todettavissa, että varsin pian eutanasian toteuttamisen indikaatiot ovat laajentuneet yhä uusiin ja haavoittuvampiin ihmisryhmiin (21). Tämän on mahdollistanut mm. termin ”sietämätön kärsimys” käyttäminen eutanasian kriteerinä. Termiä on tulkittu yhä uudelleen ulottaen se kattamaan aina vaan uusia potilas- ja väestöryhmiä (22).

Tämä vastaava ilmiö olisi näiden esimerkkien valossa mitä ilmeisemmin odotettavissa myös Suomessa, sillä kansalaisaloite eutanasiasta perustuu tälle samalle termille ”sietämätön kärsimys” eutanasian kriteerinä. Siten on näköpiirissä, että kansalaisaloitteessa ehdotetulla

Kansalaisaloitteessa ehdotetaan, että eutanasiat ilmoitetaan jälkikäteen eutanasioiden valvontaelimelle.

tavalla eutanasian laillistaminen toisi mukanaan useita vakavia ongelmia ja väärinkäytösten mahdollisuuden. Täten on olemassa vahvat näyttöön perustuvat syyt seurata Maailman Lääkäriliiton ja Suomen Lääkäriliiton näkemystä siitä, että eutanasiaa ei tule sallia eikä laillistaa.

Kalle Mäki

LL, TK

Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan jäsen
Pirkanmaan Hoitokodin hallituksen jäsen



Artikkeli on julkaistu alun perin Kristillisessä lääkirilehdessä 3/2017 s. 14-17.

- 14) 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. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61034-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61034-4/abstract)
http://euthanasiadebate.org.nz/wp-content/uploads/2012/10/netherlands_euthanasia.pdf
- 15) Lo, Bernhard: Euthanasia in the Netherlands; what lessons elsewhere? *Lancet*. 2012 Sep 8;380(9845):869-70. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61128-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61128-3/abstract)
http://euthanasiadebate.org.nz/wp-content/uploads/2012/10/netherlands_euthanasia.pdf
- 16) 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. <http://euthanasiadebate.org.nz/wp-content/uploads/2012/10/bmj-Flanders-Study.pdf>
- 17) 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. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1414527>
- 18) Kim S Y H, MD, De Vries R G, Peteet J R. Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(4):362-368. http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2491354?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jamapsychiatry.2015.2887
- 19) Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Comparison of the Expression and Granting of Requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. *JAMA Intern Med*. 2015;175(10):1703-1706. <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2426426>
- 20) Mia De Graaf: Woman, 77, with osteoarthritis approved for euthanasia in Canada after confusion over wording of assisted dying law. *Daily Mail, MailOnline* 27.7.2017. <http://www.dailymail.co.uk/health/article-4644228/Woman-arthritis-approved-euthanasia-Canada.html#ixzz4oF80QXQu>
- 21) Ukkola S. Lääkkeeksi kuolema. *YLE* (16.5.2016). <http://yle.fi/uutiset/3-8883377>
- 22) Mäki K. Eutanasian kalteva pinta. *Kristillinen lääkirilehti* 3/2017 s. 18-24

EUTANASIAN KALTEVA PINTA



Kuvat: Heikki Halkosaari

Mitä tapahtuu, kun ylitetään raja, jossa yhteiskunta oikeuttaa ja velvoittaa lääkärikunnan ka-joamaan ihmishenkeen surmaamistarkoituksessa eutanasialla? Mihin on asetettu oikeutuksen ra-jat ja mitä niille on käytännössä aikaa myöten tapahtunut?

Eutanasia antaa yhteiskunnalle oikeuden kajota kansalaisen henkeen

Lääkärien osaamista on pyritty käyttämään tekoihin, jotka eivät ole hoitotoimia. Näin on tapahtunut antiikin ajoista alkaen. Eutanasian kohdalla osatiin jo tuolloin vetää raja siihen, ettei se kuulu lääkärin toimenkuvaan, kun Hippokrateen valassa todettiin ”En tule antamaan kenellekään kuolettavaa myrkkyä, vaikka minulta sellais-ta pyydetäisiin, enkä neuvoa sellaisen valmistamiseen.”

Tämä raja on kuitenkin yhteiskunnan toimesta lainsäädännöllä ylitetty muutamissa maissa ja lääkärikunta on oikeutettu ja velvoitettu potilaan pyynnöstä toteutta-maan tämän lääkkeellinen surmaaminen eli eutanasia. Yhteiskunta on siten säätänyt oikeutuksen kajota yksilön henkeen. Oikeutukselle on nähty kaksi keskeistä argu-menttia: henkilön oma pyyntö ja kärsimys, jota ei ole nähty voitavan muilla keinoin lievittää.

Estääkö lainsäädäntö kaltevan pinnan toteutumisen?

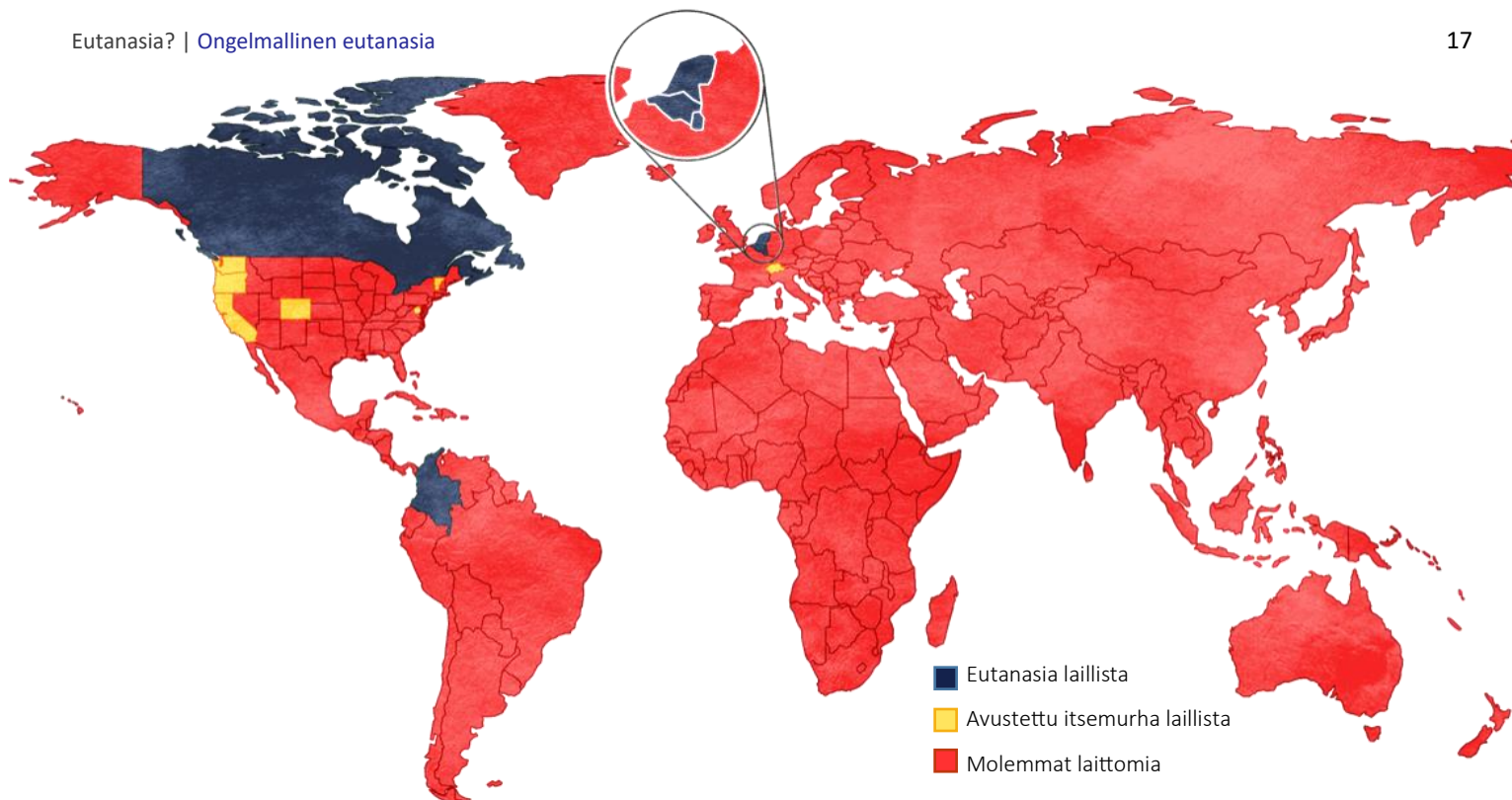
Natsiajan Saksassa diskriminoivalla lainsäädännöllä v. 1935 (1) luotiin pohja kansalaisten perusoikeuksiin ka-joamiselle (2). Varsinaisesti eutanasiakäytännöt toteu-tuivat hallinnon ohjeilla 1939 kohdistuen ensin vammai-siin lapsiin laajeten pian aikuisväestöön, eritoten psyyk-kisesti tai neurologisesti sairaisiin (3). Tämän jälkeen

eutanasian salliva lainsäädäntö on tullut ensimmäisenä (1996) voimaan Australiassa ja siellä se myös ensimmäi-senä kumottiin (1998) (4). Syynä oli väestön, erityisesti aboriginaalien, parissa syntynyt epäluottamus lääkäri-kuntaa kohtaan.

Eutanasian salliva lainsäädäntö on voimassa Alanko-maissa (2002), Belgiassa (2002), Luxemburgissa (2008), Kolumbiassa (1997) sekä Kanadassa (2016). Eutanasia jätetään niissä tuomitsematta tietyin edellytyksin, tark-kaan ottaen eutanasian yleisesti hyväksyttävää lainsäädän-töä ei niissä ole. Näissä maissa myös lääkäriavusteinen itsemurha on sallittua, vaikka Belgiassa sitä ei ole mai-nittu eutanasiaa koskevassa lainsäädännössä. Vain lää-käriavusteinen itsemurha on sallittu viidessä USA:n osa-valtiossa: Oregonissa, Washingtonissa, Vermontissa, Kaliforniassa, Coloradossa, ja myös Washington D.C:ssä (joka ei ole osavaltio) sekä näiden lisäksi Euroopassa Sveitsissä. Saksassa on lisäksi käytäntö, jossa tietyin edellytyksin hyväksytään lääkäriavusteinen itsemurha. (5)

Lainsäädännössä on eutanasian hyväksyttävälle to-teuttamiselle pyritty asettamaan kriteerejä. Esimerkiksi Alankomaissa näihin kriteereihin sisältyy, että potilaan on ”vapaaehtoisesti ja harkiten pyydetävä” eutanasiaa tai lääkäriavusteista itsemurhaa, että kärsimys on jatku-vaa ja ”sietämätöntä” eikä näköpiirissä ole toivoa ter-vehtymisestä ja että informoituaan potilasta tämän ti-lanteesta ja ennusteesta lääkäri on yhdessä potilaan kanssa päättänyt siihen, että eutanasialle ei ole järkevää vaihtoehtoa. Tämän lisäksi lääkärin on konsultoitava toista lääkäriä, jonka on annettava arvio edellä mainittu-jen kriteerien mukaisesti. Sitten eutanasia on toteu-tettava lääketieteen keinoin. Tietyin ehdoin jo 12-vuotias voi saada eutanasian. (6)

- 1) Longerich P. The Nazi Racial State. BBC History, World Wars 17.2.2011 http://www.bbc.co.uk/history/worldwars/genocide/racial_state_01.shtml
- 2) The Life Resources Charitable Trust. A Global History of Euthanasia. 2011. A New Zealand resource for life and related issues 18.8.2017. <http://www.life.org.nz/euthanasia/abouteuthanasia/history-euthanasia/Default.htm>
- 3) United States Holocaust Memorial Museum. Euthanasia program, verkkoartikkeli teoksessa Holocaust Encyclopedia. 18.8.2017. <https://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005200>
- 4) Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996. https://legislation.nt.gov.au/LegislationPortal/~/_link.aspx?_id=6B82B618C86B402EB9958EF8CAF6539C&_z=z
- 5) Guardian staff. Euthanasia and assisted suicide laws around the world. The Guardian 17.7.2014 <https://www.theguardian.com/society/2014/jul/17/euthanasia-assisted-suicide-laws-world>
- 6) Chapter II, Due care criteria. 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. http://www.patientsrightscouncil.org/site/wp-content/uploads/2012/05/Dutch_law_04_12.pdf



Kuten Alankomaissa, niin muissakin eutanasian sallivissa maissa kriteerit eutanasian suorittamiselle ovat varsin väljät. ”Sietämätöntä kärsimystä” ei ole missään sitovasti määritelty, ja tämä epämääräisyys pitää ovea auki aina uusille ja entistä väljemmille kriteereille eutanasian suorittamiseksi. Edes oikeustoimikelpoisuus ei siis ole Alankomaissa määrittelyssä mukana. 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 heille ilmoitetaan. Eutanasian toteuttamisessa virheellisuuden todistamisen taakka on siirtynyt syyttäjälle. Lääkäriltä ei siten edellytetä todistusvelvollisuutta, että hän on toiminut lainmukaisesti toteuttaessaan eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan. (7)

Belgiassa eutanasilainsäädäntö on melko samankaltainen Alankomaiden kanssa. Se poikkeaa Alankomaista siinä, että eutanasiapyynnön 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 ei ole alaikärajaa eutanasian suhteen. (8)

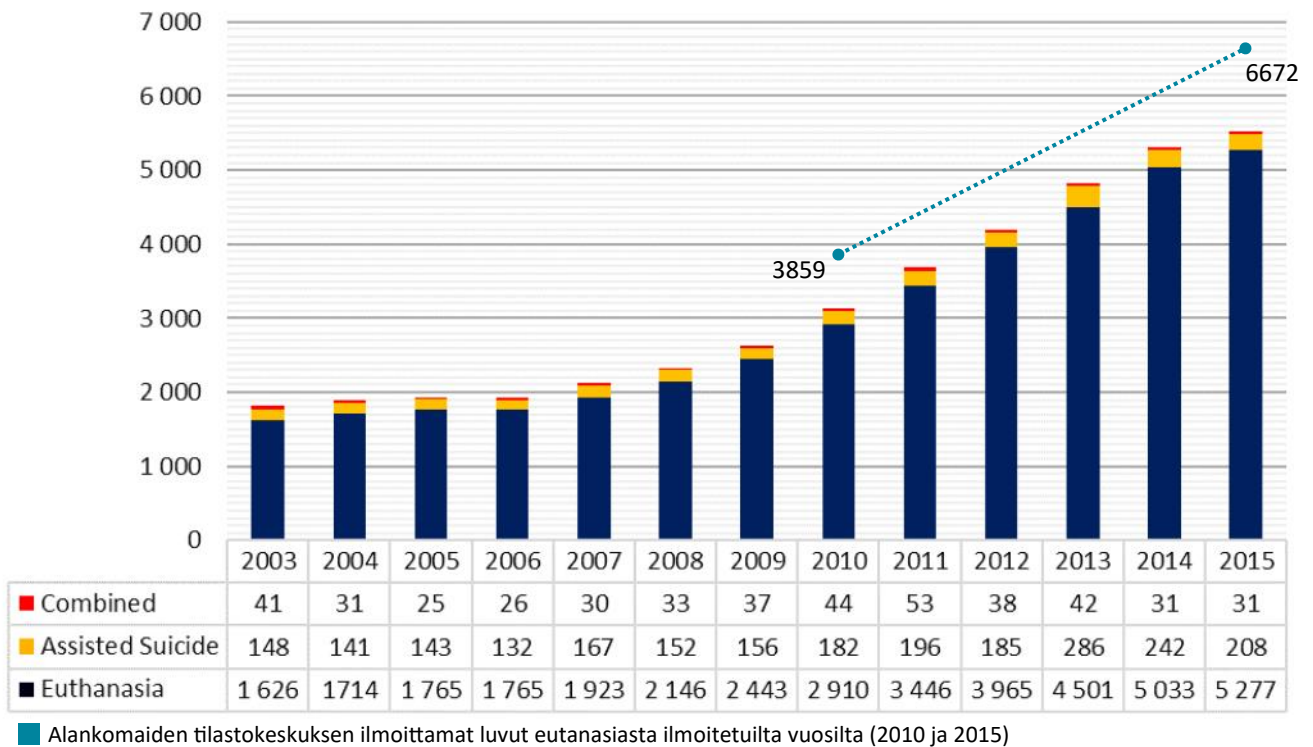
Eutanasiat lisääntyvät ja niistä jätetään jopa puolet raportoimatta

Toteutuneiden eutanasioiden määrä on jatkuvasti lisääntynyt koko Alankomaissa voimassa olleen lainsäädännön ajan: alueellisten eutanasiakomiteoiden mukaan oli v. 2003 eutanasioita 1626 ja v. 2015 niitä oli 5277, mikä on 3,9 % kaikista kuolemista (9), mutta StatLine tilaston mukaan eutanasiakuolemia oli v. 2015 jopa 6672, mikä on 4,5 % kaikista kuolemista (10). Sama ilmiö on todettavissa muissakin eutanasia sallineissa maissa kuten Belgiassa, jossa v. 2003 oli eutanasioita 235 ja v. 2013 vastaavasti 1807, mikä on 4,6 % kaikista kuolemista (11). Kun Belgiassa eutanasioiden lukuun lisätään myös lääkäriavusteiset itsemurhat, niin nämä yhdessä olivat 6,0 % kaikista kuolemista v. 2013. Vastava kehitys on myös siellä, missä on hyväksytty vain lääkäriavusteinen itsemurha. Alankomaissa noin puolet eutanasiapyynnöistä hyväksytään. Belgiassa hyväksymisprosentti yhteensä eutanasian ja avustetun itsemurhan osalta oli v. 2013 jo 76,8 %. (12)

Hämmästyksiä Alankomaiden käytännöissä herättää se, että noin 23 % eutanasioista jätetään raportoimatta. Ongelmana on myös se, että eutanasiaksi ei määritellä

- 7) Chapter III. Regional review committees for the termination of life on request and assisted suicide. 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. http://www.patientsrightscouncil.org/site/wp-content/uploads/2012/05/Dutch_law_04_12.pdf
- 8) The Belgian Act on Euthanasia. 28.5. 2002. <http://docplayer.net/20846246-The-belgian-act-on-euthanasia-of-may-28th-2002.html>
- 9) Murphy S. Euthanasia reported in Netherlands: statistics compiled from the Regional Euthanasia Review Committees' Annual Reports. Protection of Conscience Project. 9/2016. <http://www.consciencelaws.org/background/procedures/assist019.aspx>
- 10) Statistics Netherlands. Deaths by medical end-of-life decision; age, cause of death. StatLine 24.5.2017. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLen&PA=81655ENG&LA=en>
- 11) Dierckx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. CMAJ 2016;188(16):407-414. Epub 12.9.2016. <http://www.cmaj.ca/content/188/16/E407.long>
- 12) 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. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1414527>

Total Euthanasia and Assisted Suicide Deaths in Netherlands



Tilastoja Alankomaiden eutanasiakuolemista. Palkkikaavio muokattu Alankomaiden eutanasian arviointikomitean vuosiraporttien dataa käyttävästä lähteestä Protection of Conscience Project: Murphy S. Euthanasia reported in Netherlands: statistics compiled from the Regional Euthanasia Review Committees' Annual Reports. Protection of Conscience Project, September, 2016.

<http://www.conscienceproject.org/background/procedures/assist019.aspx>

Lisätty katkoviiva edustaa Alankomaiden tilastokeskuksen ilmoittamia lukuja eutanasiasta, joita on jopa 25 % enemmän kuin arviointikomitean vuosiraporteissa. Lähde: Statistics Netherlands. Deaths by median end-of-life decision; age, cause of death. StatLine 24.5.2017.

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLen&PA=81655ENG&LA=en>

toimia, joita muualla sellaisena pidettäisiin. Lääkärit toteuttavat ”intensiiviseksi kivun lievitykseksi” tilastoituja kuolemaan johtavia toimenpiteitä sekä kuolemaan saakka jatkuvaa pitkäkestoista 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 ”intensiivinen kivun lievitys” (49500 kuolemaa v. 2010) että kuolemaan johtava pitkäkestoinen syvä sedaatio (16700 kuolemaa v. 2010) ovat määriltään selvän nousujohteisia (13). (14, 15, 16)

Belgiassa on vastaava raportointivelvollisuus eutanasioista kuin Alankomaissa. Belgiassa v. 2007 tehdyn tutkimuksen mukaan sitä noudatetaan vielä huonommin, sillä vain puolet eutanasioista raportoidaan. Syyksi lääkärit sanoivat 76,7 %, että he eivät mielestään toteutta neet 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 tapah-

- 13) Saunders P. Dutch doctors turn to ‘continuous deep sedation’ to keep official euthanasia figures low. Life Site 11.7.2012. <https://www.lifesitenews.com/blogs/dutch-doctors-turn-to-continuous-deep-sedation-to-keep-official-euthanasia>
- 14) Onwuteaka-Philipsen B D, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, PhD, de Jong-Kruij 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;380(9845):908-15. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61034-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61034-4/abstract) http://euthanasiadebate.org.nz/wp-content/uploads/2012/10/netherlands_euthanasia.pdf
- 15) Lo, Bernhard: Euthanasia in the Netherlands; what lessons elsewhere? Lancet. 2012;380(9845):869-70. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61128-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61128-3/abstract) http://euthanasiadebate.org.nz/wp-content/uploads/2012/10/netherlands_euthanasia.pdf
- 16) Jan Schildmann, Eva Schildmann: There is more to end-of-life practices than euthanasia. Lancet 2013; 381(9862):202. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60086-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60086-0/fulltext)

tui usein opioideilla tai sedatiiveilla eli toisin kuin yleinen ohjeistus edellyttäisi. (17)

Nämä samat seikat tulivat esiin myös toisen Belgian Flanderissa tehdyn tutkimuksen vuonna 2010 julkaisuissa tuloksissa. Tämän tutkimuksen mukaan vain 52.8 % eutanasioista raportoitiin. Lisäksi tuli esiin, että raporttoimattomissa tapauksissa, joissa lääkäri tarkoituksellisesti toteutti potilaan kuoleman, lääkärillä ei 32 % tapauksista ollut siihen potilaan pyyntöä, eikä näistä 78 % tapauksista hän keskustellut lainkaan kuoleman jouduttamisesta potilaan kanssa. Tällainen kuoleman tarkoituksellinen tuottaminen todettiin yleisemmäksi kuin Alankomaissa. (18)

Eutanasiaprotokollaa kierretään

Belgiassa lääkärit jouduttavat siis Alankomaiden tapaan tarkoituksellisesti potilaan kuolemaa muuten kuin eutanasiaprotokollan mukaisesti eivätkä he pidä tätä eutanasiasta. Näin esimerkiksi opioidien kuolettavaa annostelua oireiden lievityksessä ei Belgiassa vuonna 2007 tehdysä tutkimuksessa lääkärin mielestä pidetty eutanasian toteuttamisena. Tällä tavoin kyseiset lääkärit mahdollisesti pyrkivät vähentämään omaan kognitiivista dissonanssiaan. On ilmeistä, että sinänsä eutanasialainsäädännön olemassaolo rohkaisee tämän tapaisiin käytäntöihin. Houkutusena on vastata välittömämmin potilaan pyyntöön tämän pian muutenkin tulevan kuoleman edellä, eikä käynnistää eutanasiaprosessia konsultaatioineen, vaan kirjata lääkärin toimet ”tehostettuna kivun lievittämisenä”. Belgiassa v. 2007 tehdyn tutkimuksen mukaan raporttoimattomissa eutanasiatapauksissa potilaan odotettu elinikä olikin lyhyempi, kuin raportoiduissa eutanasiatapauksissa indikoiden edellä kuvattua käytäntöä. (19)

Sekä Alankomaissa että Belgiassa on nähtävissä, että eutanasioita toteuttavien lääkärin käsitys eutanasiasta eroaa merkittävästi siitä, mikä on eutanasian kansainvälinen määrittely Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen EAPC:n (20) mukaan tai mikä on Suomen Lääkäriliiton käsitys (21). Tehdyt tutkimukset osoittavat, että lail-

listetun eutanasian ohessa elää käytäntöjä, joissa potilaan tarkoituksellinen kuoleman tuottaminen toteutetaan eutanasiaprotokollat sivuuttaen ja ilman potilaan suostumusta. EAPC:n määrittelyn mukaan näitä tulisi kutsua murhiksi. Tämä merkitsee sitä, että eutanasialainsäädännöllä ei ole pystytty sulkemaan pois väärinkäytösten mahdollisuutta. Näyttää vielä siltä, että onkin tapahtunut päinvastainen ilmiö. Luomalla sallivamman ilmapiirin eutanasialainsäädäntö on ilmeisesti edesauttanut epävirallisten kuoleman tuottamisen käytäntöjen syntyä. Nämä tarkoitukselliset kuoleman tuottamukset kirjataan ”intensiiviseksi kivun ja muiden oireiden lievittämiseksi” tai ”kuoleman jouduttamiseksi ilman potilaan nimenomaista pyyntöä”. (22)

Ilmoitettuihin eutanasioihin perustuvat tilastot eivät siten kerro koko totuutta eutanasioiden määrästä. On aihetta epäillä, että edellä kuvatuilla toimilla kierretään osin kuolemaan johtavien toimenpiteiden rekisteröintiä eutanasiaksi ja siten vältetään siihen liittyvältä seurannalta (23). Poliitikkojen tietoon on saatettu Alankomaissa lainsäädännön ongelmat, joista on seurannut kaltevan pinnan ilmiö. Mitään ei kuitenkaan ole tehty asiantilanteen muuttamiseksi. Alankomaiden esimerkki osoittaa, että ei voi laskea sen varaan, että poliittinen järjestelmä olisi itseään korjaavaa.

Kalteva pinta jyrkkenee

Eutanasiat eivät ole lisääntyneet ainoastaan määrällisesti, vaan kaltevaa pintaa pitkin on menty samoin eutanasiasta johtavien indikaatioiden laajenemisessa. Taustalla on oleellisesti lisääntynyt yksilön oman tahdon painottaminen. Täten eutanasiaa on ryhdytty pitämään hyväksyttävänä sairauksissa ja vaivoissa, joissa sitä ei alun perin hyväksytty. Alankomaissa oleellinen askel tähän suuntaan on ollut Alankomaiden lääkäriiliiton (KNMG) vuonna 2011 antama soveltamisohje, jonka mukaan eutanasian perusteena oleva kärsimys voi koostua usean tekijän kokonaisuudesta, jossa riittää, että yksi niistä on lääketieteellinen osatekijä. Siinä psykososiaalinen ja eksistentiaalinen kärsimys katsotaan lääketieteelliseksi syiksi. Muita lääketieteelliseksi katsottavia syitä ovat

- 17) 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;341:5174. <http://euthanasiadebate.org.nz/wp-content/uploads/2012/10/bmj-Flanders-Study.pdf>
- 18) Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen B D, Mortier F, Deliens L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. CMAJ 2010 17.5.2010. www.cmaj.ca http://euthanasiadebate.org.nz/wp-content/uploads/2012/10/cmaj.091876.full_.pdf
- 19) 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 Online. BMJ 2010;341:5174. <http://euthanasiadebate.org.nz/wp-content/uploads/2012/10/bmj-Flanders-Study.pdf>
- 20) Eutanasia ja lääkäriavustinen itsemurha: EAPC:n eettisten kysymysten työryhmän näkemys. Materstvedt L J, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Boeck Gravaard A-M, Müller-Busch H-C, Porta i Sa-les J, Rapin C-H. Suomen Lääkärilehti 2005;40:4028-4031.
- 21) 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/>
- 22) 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. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1414527>
- 23) Shadenberg A. Euthanasia is out of control in the Netherlands - New Dutch Statistics. Life Site 25.9.2012. <https://www.lifesitenews.com/blogs/euthanasia-is-out-of-control-in-the-netherlands-new-dutch-statistics>



mm. vanhuuden heikkous, kuulo-, näkö- sekä liikkumis-
vaikeudet, vuoteenomaksi jääminen sekä ekshaustio.
(24)

Alankomaiden lääkäriliitto on kannanotossaan v. 2011 todennut, että "sietämättömän kärsimyksen" voi määrittellä vain potilas itse. Täten on ovi entistä enemmän auki sille, että painopiste eutanasian toteuttamisessa siirtyy potilaan autonomisen päätöksen suuntaan (25). Tämä sama ilmiö indikaatioiden laajentumisessa on nähty Belgiassa (26).

Alankomaissa eutanasiakäytäntöjen laajentamista ajaa liike nimeltä Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde NVVE (Right to die in NL). Se pyrkii luomaan sosiaalista painetta tavoitteeseen päästäkseen (27). Liike perusti eutanasiaklinikan (Levenseindekliniek, End-of-Life Clinic) v. 2012 niitä varten, joiden eutanasiapyyntö oli evätty tai omalääkäri ei muuten suostunut eutanasiaa toteuttamaan. Klinikalla oli v. 2014 lopulla 39 liikkuvaa lääkäristä ja sairaanhoitajasta koostuvaa tiimiä ympäröivä Alankomaita toteuttamassa klinikan tehtävää. Ottaen huomioon taustajärjestön tavoitteet, nämä antavat hyvän mahdollisuuden toteuttaa uusia käyttöön otettavia eutanasian indikaatioita laajalti. (28)

Eutanasiaa toteutetaan yhä uusille väestöryhmille

Belgiassa tehdyn tutkimuksen mukaan eutanasiapyyntöjen hyväksymisprosentti on merkittävässä nousussa: kun v. 2007 hyväksyttiin 56.3 % niin v. 2013 hyväksyttiin 76.8 % pyynnöistä (29). Tämän on nähty johtuvan mm. siitä, että potilaan autonomialle on annettu enemmän sijaa ja siitä, että eutanasiaan on kannanotto, jossa se on otettu osaksi palliatiivisen hoidon jatkumoa (30). Niin Alankomaissa kuin Belgiassakin eutanasia on mahdollinen psyykkisesti sairaille ja dementoituneille. Eutanasialainsäädännön ensivuotena 2002–2007 näiden määrä oli Belgiassa noin 0,5 % raportoiduista eutanasioista, mutta v. 2013 jo 3 % (31).

Alankomaissa eutanasiakomiteat julkaisivat v. 2015 tilastot vuosien 2011–2014 psykiatrisin indikaatioiden tehdyistä raportoiduista eutanasioista, tosin viimeisen vuoden tilastot olivat tuolloin vaillinaiset. Tänä aikana niitä oli kaikkiaan 110, joista 66 ehti kyseiseen tilastoon. Naisia suhteessa miehiin oli 2,3:1. Useimmilla oli krooninen psykiatrinen sairaus ja useita sairaalajaksoja sekä itsemurhayrityksiä. Useimmilla oli persoonallisuushäiriöitä ja he olivat sosiaalisesti eristäytyneitä sekä yksinäisiä. Yleisin diagnoosi oli masennus (55 %) ja ahdistuneisuus

- 24) De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). KNMG/KNMP Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Haag 2012. <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=c56c038c-ffcd-486e-a774-07f7de104f94&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=223&elementid=1983569>
- 25) De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. KNMG position paper: The role of the physician in the voluntary termination of life. Utrecht 2011, s 20–21. <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=b55c1fae-0ab6-47cb-a979-1970e6f60ae6&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=262&elementid=1149672>
- 26) Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. CMAJ 2016;188(16):E407–E414. Epub 12.9.2016. <http://www.cmaj.ca/content/188/16/E407.long>
- 27) Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde NVVE (Right to die in NL). <https://www.nvve.nl/about-nvve>
- 28) Snijders M C, Willems D L, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen B D, Chambaere K. A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands. JAMA Intern Med. 2015;175(10):1633–1640. <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2426428?widget=personalizedcontent&previousarticle=2426425>
- 29) 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. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1414527>
- 30) Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Comparison of the Expression and Granting of Requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. JAMA Intern Med 2015;175(10):1703–1706. <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2426426>
- 31) Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. BMC Psychiatry. 2017 Jun 23;17(1):203. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5481967/>

(42 %), muita olivat mm. posttraumaattinen stressi tai ahdistus psykoottistasoisena, neurokognitiiviset häiriöt, syömishäiriöt, pitkittynyt suruprosessi ja autismi. Kaikkiaan 11 % osalta ei konsultoitu riippumatonta psykiatria ja 24 % konsultoidut lääkärit eivät yhtyneet ensimmäisen lääkärin mielipiteeseen, mutta siitä huolimatta eutanasiakomiteat pääsääntöisesti hyväksyivät tehdyt eutanasiat tukeutuen hoitavan psykiatrin mielipiteeseen siten, että vain yksi tapaus ei sen mielestä täyttänyt lain kriteerejä. Tässä tapauksessa arviointi oli tehnyt NVVE:n liikkuvan eutanasiaklinikan lääkäri. Psykiatrisin indikaatioin tehtävät eutanasiat ja avustetut itsemurhat ovat jatkuvasti lisääntyneet Alankomaissa. (32)

Uusi ulottuvuus eutanasioihin avattiin Belgiassa v.2015, kun eutanasia sallittiin kuolemanvakavasti sairaille lapsille ilman ikärajaa. Euroopan Neuvosto on tuominnut tämän lain oikeutuksen (33) ja samoin on tehnyt merkittävä joukko belgialaisia pediatrija (34).

Yksittäistapaukset viitoittavat tietä eutanasian indikaatioiden laajenemiselle

Belgiassa on eutanasia toteutettu mm. 24 vuotiaalle naiselle, joka on kärsinyt masennuksesta, mutta jolla ei muutoin ole mitään kuolemaan johtavaa sairautta. Psykiatrisessa laitoshoidossa hän oli ollut 21 vuotiaasta lähtien, mutta kärsinyt jo nuoruudesta saakka masennuksesta ja itsemurha-ajatuksista. Päätöstä on kritisoitu siitä, että ei ole esitetty luotettavia menetelmiä analysoida mielen terveyspotilaiden soveltuvuutta eutanasiaan (35). Tämä on kuitenkin vain yksi esimerkki monien joukossa, jossa tulee näkyviin eutanasian ulottaminen uusiin potilasryhmiin. Samoin Belgiassa eutanasian saivat 45-vuotiaat kuurot kaksoiset, jotka olivat sokeutumassa, sillä heillä ”ei enää ollut mitään syytä elää” (36).

Alankomaissa keskusteluun nousi muistihäiriöisen naisen tapaus. Hän oli neljä vuotta aiemmin kertonut, että haluaa joskus eutanasian. Eräänä päivänä hänen hoito-

Belgian kaltevan pinnan keskeiset tekijät

European Institute of Bioethics on laatinut 10-vuotisraportin Belgian tilanteesta ja summannut havaitsemansa muutokset käytännöissä suhteessa lainsäädäntöön ajalla 2002-2010. Siinä todetaan mm.

- ❖ Kirjallinen eutanasiapyyntö vaadittaisiin, mutta valvova elin ei sitä enää edellytä
- ❖ Alun perin potilailla tuli olla elämää uhkaava ja parantumaton sairaus. Enää sairauden tarvitsee olla vain vakava ja heikentävä.
- ❖ Kärsimyksen tuli olla sietämätöntä ilman lievittämisen mahdollisuuksia. Valvova komitea on kuitenkin väistänyt velvollisuutensa ja jättänyt tarkemmin määrittelemättä, mikä on laissa tarkoitettua sietämätöntä kärsimystä.
- ❖ Laissa tarkoitettun psyykkiseksi kärsimyksen sisältö on jatkuvasti laajentunut.

Vuoden 2002 laissa ei erikseen laillistettu lääkäriavusteista itsemurhaa, mutta valvova elin on katsonut ne hyväksyttäväksi. (39)

kodissaan henkilökunta oli päättänyt, että nyt öisin vaeltelevan mummon on aika lähteä. Lääkäri antoi hänelle kahviin sekoitettuna rauhoittavaa lääkettä, mutta siitä huolimatta lääkärin lähestyessä myrkkynuuskun kanssa potilas rupesi taistelemaan vastaan. Lääkäri pyysi omaisia pitämään kiinni ja niin potilas nujerrettiin ja hänelle annettiin kuolettava lääkitys vastustelusta huolimatta. (37)

Alankomaiden entinen terveysministeri Els Borst on jopa ehdottanut itsemurhapillerien jakamista ”elämänsä kyllästyneille vanhuksille” NRC Handelsblad-lehden haastattelussa (38). Alankomaiden virassa oleva

- 32) Kim S Y H, MD, De Vries R G, Peteet J R. Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. JAMA Psychiatry. 2016;73(4):362-368. http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2491354?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jamapsychiatry.2015.2887
- 33) Euroopan neuvosto. Written declaration 567(2014) Doc. 13414. Legalisation of euthanasia for children in Belgium. <http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbmQvbnVncveG1sL1hSZWYvWdJILURXLWV4dHluYXNwP2ZpbGVpZD0yMDQ0NzYzYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL3NlbWVudGljcGFjZS5uZXQvWHNsdc9QZGYvWFJlZi1XRc1BVC1YTUwyUERGLnhzbA==&xsltparams=ZmlsZWlKPTIwNDg3>
- 34) Shadenberg A. 160 Belgian Paediatricians denounce child euthanasia bill. Euthanasia Prevention Coality 30.1.2014. <http://alexschadenberg.blogspot.fi/2014/01/38-belgian-paediatricians-denounce.html>
- 35) O’Gara E. Physically healthy 24-year-old granted right to die in Belgium. Newsweek 29.6.2015. <http://www.newsweek.com/euthanasia-belgiumeuthanasiaassisted-dyingmental-illnessdr-marc-van-hoeyright-603019>
- 36) Wasterfield B. Euthanasia twins 'had nothing to live for'. The Telegraph 14.1.2013. <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/belgium/9801251/Euthanasia-twins-had-nothing-to-live-for.html>
- 37) Caldwell S. Doctor "asked family to hold down struggling euthanasia victim". Catholic Herald 2.2.2017. <http://www.catholicherald.co.uk/news/2017/02/02/doctor-asked-family-to-hold-down-struggling-euthanasia-victim/>
- 38) Ukkola S: Lääkkeeksi kuolema. YLE 16.5.2016. <http://yle.fi/uutiset/3-8883377>
- 39) de Diesbach E, de Loze M, Brochier C, Montero E. Euthanasia in Belgium: 10 years on. European Institute of Bioethics. 4/2012. <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20121208-dossier-euthanasia-in-belgium-10-years.pdf>

terveysministeri Edith Schippers on esittänyt, että eutanasia tulisi mahdolliseksi vanhuksille, jotka kokevat, ettei heidän elämällään ole tarkoitusta. Eutanasiaan riittäisi henkilön kokemus siitä, että ”elämä on eletty” (40).

Kanadassa henkilö on eutanasiaan tai avustettuun itsemurhaan oikeutettu, jos hänellä on ”vaikeita kärsimyksiä” ja ”potilaan kuolema on näköpiirissä”. Missään ei kuitenkaan määritellä, mitä vaikeat kärsimykset ovat tai millä aikataululla tai kriteereillä näissä tapauksissa kuolema on odotettavissa. Kanadalaisten lakimiesten taholta on tuotu esiin, että tässä on ovi auki vapaille tulkinnoille. Siten Kanadassa on mm. 77 vuotias nainen saanut artriitin perusteella oikeuden eutanasiaan. Kanadassa ei ole osattu tehdä lainsäädäntöä, jossa olisi vältytty Alan-komaiden ja Belgian kaltevan pinnan ilmiön toistumiselta. (41)

Lääketieteen etiikan näkökulmia eutanasiakäytäntöihin

Merkillepantavaa on, että keskeisten lääketieteen etiikka linjaavien elinten kannanotoilla ei tunnu olevan painoarvoa eutanasian hyväksyneissä maissa. Niissä sivuutetaan eutanasian tuomitsevat Maailman Lääkäriliiton (42, 43) ja Euroopan lääkärien pysyvän komitean (CPME) kannat (44), kuten myös Euroopan neuvoston eutanasian kieltävä kanta (45). Tämä on huolestuttavaa, koska nimenomaan lääkärien vastuulle on laitettu arvioinnit eutanasioista. Yleisesti arvion tekevät yleislääkärit, joilla ei useinkaan ole riittävää tietoa eikä kokemusta palliatiivisen hoidon tai saattohoidon kaikista mahdollisuuksista. Eutanasiamaiden ohjeistuksiin ei ole edes laitettu velvoitetta konsultoida palliatiiviseen hoitoon erikoistuneita lääkäreitä. Lääketieteen etiikan tulisi kuitenkin olla lähtökohdiltaan kansainväistä.

Kun laki on säädetty, alkaa sen tulkinta. Suomessa tehdyssä eutanasian sallimista ajavassa lakialoitteessa on ylevästi esitetty, että eutanasia toteutettaisiin vain, kun kyse on ”sietämättömästä kärsimyksestä”. Edellä kuvattut esimerkit eutanasiaa toteuttavista maista osoittavat, että Suomessa kansalaisaloitteena tehdyssä lakiesityksessä ei ole riittäviä aineksia estää kaltevan pinnan ilmiön liikkeelle lähtöä, mikäli kyseinen esitys tulisi hyväksyttyä. Yhteenvetona voidaan kysyä, voiko kärsimys määrittää elämän arvon (46)? Mikäli kärsimyksestä tehdään elämän ja sen arvon mittari, niin avataan ovi arvaamattomalle kehitykselle.

Kalle Mäki

LL, TK

Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan jäsen
Pirkanmaan Hoitokodin hallituksen jäsen



Artikkeli on julkaistu alun perin Kristillisessä lääkirilehdessä 3/2017 s. 14-17.

- 40) Sterling T. Dutch may allow assisted suicide for those who feel life is over. Reuters 12.10.2016. <http://www.reuters.com/article/us-netherlands-euthanasia-idUSKCN12C2JL>
- 41) Mia De Graaf: Woman, 77, with osteoarthritis approved for euthanasia in Canada after confusion over wording of assisted dying law. Daily Mail, MailOnline 27.7.2017. <http://www.dailymail.co.uk/health/article-4644228/Woman-arthritis-approved-euthanasia-Canada.html#ixzz4oF80XQu>
- 42) WMA Declaration on Euthanasia <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13/>
- 43) WMA Resolution on Euthanasia <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13b/>
- 44) Euroopan lääkärien pysyvä komitea CPME. Resolution on care of terminally ill. CPME 2000/085. http://doc.cpme.eu:591/adopted/CPME_AD_Brd_160302_1_EN_fr.pdf
- 45) Euroopan neuvosto. Resolution 1859 (2012). Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=18064&lang=en>
- 46) Hallamaa J. Eutanasiasta kerrotaan vain kauniita tarinoita – Vastustajat leimataan julmureiksi. Suomen Kuvalehti 2.3.2017. <https://suomenkuvalehti.fi/jutut/kotimaa/eutanasiasta-kerrotaan-kauniita-tarinoita-vastustajat-leimataan-julmureiksi/?shared=960142-e219aab6-999>

Why I do not believe that euthanasia should be legalised



First, let me state what all doctors in this debate can agree about.

We agree that patients in the terminal phase of illness may suffer extreme pain and distress. We agree that as compassionate and humane doctors we have an absolute duty to use all our technical medical and human skills to relieve suffering and distress to the maximum extent possible, and to help our patients to die as good a death as possible. We agree that in the large majority of cases high quality palliative care is able to relieve distressing symptoms and allow patients to die without severe pain and with dignity.

What we disagree about is the relatively small number of patients who fall into 2 categories. First there is a group of patients who appear to be suffering unbearably and hopelessly in the terminal phase of illness despite receiving the best quality palliative care. Is it right for the doctor to end that patient's life in order to relieve unbearable suffering? The second group of patients are strongly independent and autonomous individuals with an untreatable condition, who fear dependence on others and who wish to control the timing and the manner of their death. Should doctors be allowed to prescribe lethal medications in order to assist their patient to kill themselves when they feel their life is pointless, even if they are not "suffering unbearably"?

Definitions – 'Euthanasia is the intentional medical killing by act or omission, of a person, whose life is thought not to be worth living'

There is a Chinese proverb which states, *"The beginning of wisdom is to call things by their proper names."* So accurate definitions are important. The definition of euthanasia above puts emphasis on *intentional killing*, a deliberate and premeditated act to take life, to intro-

duce death into a situation. Secondly, it implies that euthanasia may be performed either positively by deliberate act using lethal medications, or negatively by omission. It is the intention to kill, to introduce death into a situation where it is not present, that is central to the definition. The phrases 'active euthanasia' and 'passive euthanasia' have been widely used, but most ethicists and philosophers now agree that they are ambiguous and should be dropped.

The problem with the phrase "passive euthanasia" is that is not clear whether there is a clear intention by the doctor to kill, to hasten death, or whether the intention is to withhold medical treatment which is burdensome and futile. If unpleasant and futile chemotherapy treatment is stopped in a patient with advanced and progressive cancer, and the patient's death occurs earlier than if the treatment had continued, the intention is not to kill but to spare the patient the unpleasant side effects of the futile treatment. This is not "passive euthanasia" but good medical care. However if a physician sedates a patient who is not actively dying, and continues sedation without fluids or nutrition until the patient dies from dehydration, the intention to kill appears clear and this should be described as euthanasia by omission.

There had been ongoing discussion about the practice in the Netherlands of prolonged terminal sedation in a patient who is not about to die. Although euthanasia by lethal medications currently accounts for nearly 3% of deaths in the Netherlands, recent data indicate that a further 12% of deaths occurred as a result of terminal sedation (Lancet 2012).

In the UK terminal sedation is only used where the patient is "actively dying" as a result of disease, and death is likely to occur within hours or at most 2-3 days. The intention is not to kill but to relieve suffering, the medi-

cation is titrated in order to relieve distressing symptoms and render the patient peaceful.

Euthanasia can be divided into voluntary euthanasia, killing carried out at the patient's explicit request, and involuntary euthanasia, where no immediate or unambiguous request has been given, although a previous willingness to be killed may or may not have been expressed. In Holland the word 'euthanasia' is nearly always taken to imply an explicit request, so Dutch doctors say that 'involuntary euthanasia' is a contradiction in terms, and prefer the term 'life-terminating treatment'.

Physician-assisted suicide (PAS) is the deliberate assistance by a physician in the suicide of a patient who intends to end his or her own life. The intention to kill is the same. The doctor selects the lethal agent, calculates the dose, and makes the drugs available. The patient must take the tablets, or in cases of intravenous infusion throw the switch.

Intentional killing should be distinguished from giving medication to relieve suffering that may incidentally shorten life. Some pro-euthanasia activists ridicule this distinction from euthanasia. They regard it as pure hypocrisy, a deliberate attempt by doctors to hide their life-terminating activities in a cloak of respectability. Closely related is the argument that when doctors give morphine they are intending to kill but covering their tracks, to prevent prosecution. This is both misleading and dangerous. Morphine and other opiates are highly effective painkillers. Of course they may be given with an intention to kill, but in fact when used with appropri-

ate skill they are not dangerous lethal drugs. There is clear research evidence that when used skilfully opiates often extend life, by controlling pain and improving wellbeing.

When the euthanasia doctors wish to kill, they do not use morphine. They use very high doses of barbiturates, capable of inducing rapid-onset coma, drugs like pancuronium to give muscle paralysis and potassium chloride to cause cardiac arrest. These are not the drugs of palliative care. The intention to kill is revealed by the choice of drug.

Good medicine has always recognised the difference between intention and foresight. This is the so-called 'principle of double effect'. Whenever doctors give drugs such as chemotherapeutic agents with well-recognised and life-threatening side effects, they are operating under the principle of double effect. Their intention, the motivation behind their actions, is to cure the cancer, whilst they have the foresight that the treatment may unintentionally cause harm, even death. When a physician gives opiates to a dying patient, the intention is to relieve pain, to bring benefit to the patient, whilst foreseeing that the treatment *may* unintentionally shorten life.

Arguments in favour of legalising euthanasia

The first argument is that in some patients euthanasia is the only way to relieve suffering. Yet experienced palliative care specialists in the UK argue that it is never necessary to kill in order to relieve suffering. If the symp-



Heikki Halkosaari

toms of pain and distress cannot be abolished by high dose opiates and other medical and surgical treatments, then it is always possible to induce coma using intravenous sedatives. Usually coma is maintained for a period such as 24 to 48 hours and then is gradually lifted in order to assess the condition of the patient and whether they start to become distressed again. If the patient becomes unbearably distressed then the coma is again restarted for another period of 24 to 48 hours, and so on. One of the founding principles of the palliative care movement in the UK in the 1960s was *“It is not necessary to kill the patient in order to kill the pain”*. Specialists in the UK state that that principle remains true in 2012.

Respect for autonomy – the patient who wishes to die.

To modern thinkers autonomy has become the freedom to do whatever I wish and whenever I wish, without any requirement for rational or moral justification. And it seems obvious to many people that the right to self-determination must include the right to self-destruction. People who have lived their lives as an expression of self-determination and self-reliance are horrified by the prospect that their death might express a completely contrary reality in which they become dependent on others. Instead, they want to be free to die as they wish, even if that form of dying is not what others might wish.

This kind of thinking also carries with it a profound fear of dependence on others, which is seen as robbing the individual of the ultimate human dignity of self-determination and self-creation. As a result many people insist on the right to choose the timing and the manner of their death. Although both homicide and suicide have been strongly opposed for more than 1000 years in all Western countries, it is argued that suicide should now be seen as a noble, honourable and responsible way to die, and that mercy killing of those who are not able to commit suicide should be legalised.

Ethical arguments against euthanasia

The notion that we are all rational choosers is a flattering lie told us by people who want to sell us something! The uncomfortable truth is that much of the time we are influenced and motivated by social and psychological forces that we barely understand. All doctors know that patients who are suffering advanced and life-threatening diseases are frequently unable to exercise the sort of autonomy which philosophers discuss. They are profoundly dependent on the views and attitudes of others.

We live in a social climate where fears are expressed about the “burden” on society of old people who consume resources. Many old people can see that their life is creating a problem and a pressure for their own family. These pressures are likely to become much worse in all European countries, including Finland, where the percentage of the population who are elderly and disabled will increase rapidly. It is very naïve to imagine that in this social context, the choices of old people about whether they wish to die are genuinely free. Some old people will surely come believe that it would be better for everybody if their life ended. Once there is a legal “right to die”, how many old and disabled people will start to feel a “duty to die”?

There are some very strong willed people in our society who do wish to die and the UK media have highlighted many stories on people who went to the Dignitas clinic in Switzerland for physician assisted suicide. A common feature of these suicide stories has been the manipulative influence of the suffering individual. On many occasions the sufferer appears to have coerced and manipulated unwilling relatives and loved ones to assist in the final act of self-destruction. Relatives can find themselves caught between a sense of failure in their duty of love and care and a sense of personal loyalty to their loved one, however much they disagree with their wishes. Similarly, physicians can find themselves manipulated and coerced by patients. It is a common feature of euthanasia in the Netherlands that patients plead with their family doctor, often a friend for many years, not to ‘abandon me in my hour of need’. In this fraught emotional context, a legal prohibition on assisting suicide serves as protection for carers and health professionals.

It has been argued that the legalisation of assisted suicide will make society more liberal at the expense of making it less humane. In a civilised society we frequently accept restrictions on our rights of autonomy in order to protect the interests of those who are more vulnerable than ourselves. The small number of individuals who long for a legalised way to end their lives should be prepared to forgo their demands in the interests of the many vulnerable elderly in our midst.

Effect on doctors

Traditionally both euthanasia and physician assisted suicide were forbidden under almost every known code of law. Until recently all accepted codes of medical ethics specifically forbade them. The Hippocratic Oath, which originated several centuries before Christ, explicitly ruled out both euthanasia and PAS. *‘I will use treatment to help the sick according to my ability and judgement, but I will never use it to injure or wrong them. I will not give poison to anyone though asked to do so, neither will I suggest such a plan...’*



Heikki Halkosaari

The Hippocratic tradition of medical practice drew a clear distinction between healing and harming. In most societies of the time the doctor and the sorcerer tended to be the same person. He with the power to kill had the power to cure. But the Hippocratic physicians dedicated themselves to the protection of life under all circumstances, regardless of rank, age, or intellect – the life of a slave or the life of the Emperor. For more than 2000 years the medical profession has attempted to maintain the distinction between killing and curing, framing itself publicly as a profession dedicated solely to the preservation of human life ‘under all circumstances’. It is part of the special calling, the medical vocation which doctors perceive in their protection of life. Hence doctors have refused to participate in judicial execution, in killing on the battlefield, in the torture of prisoners, and the use of drugs to control political dissidents.

So there is a special irony about the proposal that only qualified doctors should be allowed to engage in mercy killing. For those with a sense of medical history it would be preferable to develop a caste of professional euthanasiasts, rather than place mercy killing within the context of traditional medical practice and therapy. Once the ‘right to die’ is established by law, doctors will have a professional and legal responsibility to discuss, offer and participate to some degree in organisation and coordination of medical killing. In the process their distinctive commitment to the protection of life is violated and, for many, their personal integrity is damaged. It is surely better for society as a whole if the special role of

doctors is preserved and protected. To do so supports professional trust, enabling us to feel safe when we are in a doctor’s hands, and enshrines a commitment to social equality by supporting the availability and protection of medical care irrespective of who the patient is or what they believe.

Difficulties in creating a euthanasia law

All proposed changes in primary legislation have attempted to introduce medical killing under what are described as ‘strictly controlled legal safeguards’. Most proposed laws state that euthanasia is only legal if the patient a) is an adult who is legally competent, b) has a medically confirmed terminal condition with a limited life expectancy of six or 12 months, c) be “suffering unbearably”, and d) have expressed a “persistent wish to die”.

It is noticeable that this kind of legal framework does not at all reflect the argument that self-destruction should be available on request. Instead there is a ‘paternalistic’ desire to restrict suicide to a group of patients in whom it may be perceived as rationally defensible, by requiring them to surmount a series of arbitrary barriers.

But it is impossible to mount a logical justification as to why all of these barriers should be surmounted before medical killing may be carried out. On the one hand, if personal autonomy is accepted as moral justification for suicide, then it is not logical to restrict it only to people who are both about to die and in severe pain. If unbearable suffering is moral justification for suicide it is not logical to restrict killing only to those with terminal illness. Surely the moral justification is greater in those who face years of unbearable suffering rather than those who are about to die anyway? Similarly, if unbearable suffering is moral justification for killing, then it is neither logical nor compassionate to restrict killing only to those who are legally competent. What if someone who is suffering terribly expresses a will to die whilst they are still competent, but then becomes confused before euthanasia can be performed? On what logically defensible grounds could we say that they should not be killed out of compassion?

The proposed legislation does not have a consistent logical basis; it cannot withstand logical analysis. This is the logical basis for the “slippery slope argument”. Once we break the law’s absolute and principled prohibition on intentional killing, there is no logical basis for well-meaning attempts to draw lines. And given the media focus on tragic ‘human interest’ stories, the fashionable emphasis on radical autonomy, and the political agenda of pro-euthanasia activists, once primary legislation is

enacted it is inevitable that it will be progressively challenged, extended and weakened.

Once intentional killing is accepted as a moral and legal part of medical practice, it seems both logically and practically impossible to prevent the gradual extension to voluntary euthanasia of those who wish to die, even if they are not terminally ill, and the involuntary euthanasia of those whose lives seem futile and pain-filled.

To many observers of euthanasia practice in the Netherlands it seems that this process is slowly but inexorably taking place. Medical killing of adult patients who were 'suffering unbearably' was initially tolerated, then regularised and subsequently incorporated into Dutch law. Subsequently, prominent cases have included the killing of a woman who was physically healthy but suffering intractable grief from the death of her sons, euthanasia of children with terminal cancer, an elderly man who was tired of life, and newborn infants with severe congenital malformations. A recent controversial report published by the Royal Dutch Medical Association recommended that medical killing should be made available to those who were hopeless and could be said to be 'suffering from life'. Although this has not become official policy, the highly influential Dutch Right To Die society is currently campaigning for the extension of medical killing to people with early dementia, those with untreatable psychiatric disorders and to elderly people tired of life.

Conclusion

We agree that as compassionate and humane doctors we have an absolute duty to use all our technical medical and human skills to relieve suffering and distress to the maximum extent possible, and to help our patients to die as good a death as possible. However palliative care specialists in the UK and elsewhere argue that, if the highest quality of palliative care is provided and is freely available, it is not necessary to kill the patient in order to control intense suffering and distress.

Once the 'right to die' is established by law, doctors will have a professional and legal responsibility to discuss, offer and participate to some degree in organisation and coordination of medical killing. In the process their distinctive commitment to the protection of life is violated and, for many, their personal integrity will be damaged. It is surely better for society as a whole if the special role of doctors is preserved and protected.

In a society where there is so much concern about the burden and economic costs of caring for elderly and disabled people, how long will it be before the 'right to die' becomes the 'duty to die'? In a civilised society we frequently accept restrictions on our rights of autonomy in order to protect the interests of those who are more vulnerable than ourselves. The small number of individuals who long for a legalised way to end their lives should be prepared to forgo their demands in the interests of the many vulnerable elderly in our midst.

John Wyatt

John Wyatt is Emeritus Professor of Neonatal Paediatrics at University College London, UK. He is a member of the ethics committees of the Royal College of Physicians and the Royal College of Paediatrics and Child Health in the UK. John Wyatt is writing in a personal capacity and the views expressed do not necessarily represent those of any official body.

profjwyatt@gmail.com



Artikkeli on julkaistu alun perin SKLS:n jäsenkirjeen 1/2013 teemaliitteessä Eutanasia s. 8-13

Further reading:

Matters of Life and Death, John Wyatt, (2nd edn.) InterVarsity Press, 2009.

Aiming to Kill, Nigel Biggar, Darton, Longman & Todd, 2003.

Euthanasia, Ethics & Public Policy, John Keown, CUP, 2002.

Euthanasia Examined, John Keown (ed.), CUP, 1995.

Against Physician Assisted Suicide - a palliative care perspective David Jeffrey, Radcliffe Publishing, 2009.

Lääkäriavusteinen itsemurha ja eutanasia

– ONKO NIILLÄ EETTISTÄ EROA?

Kysymys lääkäriavusteisesta itsemurhasta ei ole yhtään sen helpompi eettisesti kuin on kysymys eutanasiasta. Molemmissa tulevat vastaan samat ongelmat.

Eutanasia ja lääkäriavusteinen itsemurha maailmalla

Tällä hetkellä sekä eutanasia että lääkäriavusteinen itsemurha ovat laillisesti sallittuja Alankomaissa, Belgiassa, Luxemburgissa Kolumbiassa sekä Kanadassa. Vain lääkäriavusteinen itsemurha on lainsäädännöllä sallittu viidessä USA:n osavaltiossa: Oregonissa, Washingtonissa, Vermontissa, Kaliforniassa ja Coloradossa sekä lisäksi Washington DC:ssä, joka ei ole osavaltio. Oikeuskäytännössä lääkäriavusteinen itsemurha on lisäksi sallittu USA:ssa Montanassa. Euroopassa se on laillinen vain Sveitsissä (1). Saksassa lisäksi tietyin edellytyksin hyväksytään lääkäriavusteinen itsemurha. Iso-Britanniassa käydään vilkasta keskustelua lääkäriavusteisen itsemurhan ympärillä ja siellä on liikkeitä, jotka ajavat sen laillistamista (2).

Kysymys potilaan autonomiasta

Sekä eutanasian että lääkäriavusteisen itsemurhan keskeisenä argumenttina on vaatimus potilaan autonomiasta ja oikeudesta saada itse päättää elämästään. Eutanasiassa teon toteuttamiseen tarvitaan lääkäriä, joten teko

ei ole autonominen. Entä onko potilas itse tosiaankin se joka asiasta päättää ja teon toteuttaa lääkäriavusteisessa itsemurhassa? Tarvitaanhan tässäkin joka tapauksessa lääkärikuntaa. Samoin kuin eutanasiassa lääkäri arvioi, onko henkilö oikeustoimikelpoinen ja kompetentti. Lääkärin tehtävänä olisi arvioida, ovatko pyynnön takana olevat perusteet oikeutettuja. Eihän lääkäri voi suostua jokaisen itsemurhaa haluavan pyyntöön. Tekeekö ihmisen pyynnön omasta vapaasta tahdosta, vai onko takana piilevänä ympäröivän yhteisön toiveeseen yhtyminen? Onko pyyntö vakaa? Onko potilaalla mielenterveyden ongelma, joka hoidettuna poistaisi toiveen kuoleman jouduttamisesta? Onko toiveen takana kenties psykososiaalinen tai eksistentiaalinen ongelma? Vaikka perusteluna olisikin potilaan autonomia, niin käytännössä avustettu itsemurha on lähes yhtä vähän autonominen toimi kuin olisi eutanasia. Itse toimenpidettä edeltävä, lääkäriä edellyttävä arviointiprosessi on samankaltainen molemmissa. Lääkäri on niissä eettisesti samanlaisessa vastuussa. Juridisen vastuuieron näille tekee se, että lääkäriavusteisessa itsemurhassa potilas itse on viimeinen toimija.

**Ei voisi sanoa,
etteikö lääkäri
osallistuisi itsemurhan
toteuttamiseen, vaikka
viimeisenä toimijana
olisikin henkilö itse.**

Kysymys lääkärin professiosta

Mikäli säädetään laki eutanasiasta tai lääkäriavusteisesta itsemurhasta, niin kummassakin tapauksessa lääkärikunta joutuisi luomaan tarkemmat kriteerit, jonka puitteissa näitä voitaisiin toteuttaa. ”Sietämättömästä kärsimyksestä” tai muusta vastaavasta perusteesta ei ole olemassa selvää määritelmää (3). Vaarana on kaltevan pinnan periaatteen toteutuminen, jolloin määrittely väljenee, kuten on tapahtunut Alankomaissa (4). Onko todella niitä, joita palliatiivinen sedaatio (5) ei auta? Lääkäri osallistuisi aktiivisesti itsemurhan toteuttamiseen määrittämällä ja ohjeistamalla kuolettavan lääkkeen. Lääkäriä tarvitaan myös valvomaan tapahtumaa. Tämä muuttaisi lääkärin profession luonnetta samoin kuin eutanasiaan osallistuminen. Kummassakaan ei ole kysymys hoitototimasta, vaan elämän lopettamisesta. Ei voisi sanoa, etteikö lääkäri osallistuisi itsemurhan toteuttamiseen, vaikka viimeisenä toimijana olisikin henkilö itse. Mitä tapahtuisi väestön luottamukselle lääkäreitä kohtaan? Australiassa, jossa ensimmäisensä oli eutanasialaki, se myös ensimmäisenä kumottiin juurin lääkärin professiota kohtaan syntyneen epäluuloisuuden takia. USA:ssa on jo esitetty, että avustetun itsemurhan saaneilta alettaisiin ottaa talteen elimiä siirtoa varten (6). Mihin valoon tämä

saattaa profession? Lääkäriavusteisessa itsemurhassa ja eutanasiassa ei ole kyse vain yksilöiden asiasta vaan profession identiteetistä ja sen autonomiasta seurata lääkärin etiikkaa ja valvoa sen toteuttamista. Kyse on myös yleisestä luottamuksesta lääkäreitä ja koko terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan.

Lääkäriavusteisen itsemurhan toteuttamisen ongelmat

Lääkäriavusteinen itsemurha ei suju aina suunnitelmien mukaan. Alankomaissa se toteutetaan useimmiten tableteilla ja ongelmia on tullut n.15% kohdalla toimenpiteen toteuttamisessa ja erityisesti sen loppuun saattamisessa (7). Potilas voi oksentaa. Lääke ei vaikutakaan toivotussa aikataulussa, vaan potilas voi kärsiä lääkkeen sivuvaikutuksissa merkittävästi ennen kuolemaansa. Potilas ei vaivukaan koomaan, vaan saattaa jopa herätä siitä. Kuoleman tulo voi pitkittyä oleellisesti. Tuleeko lääkärin olla paikalla kuolemaan asti? Entä jos potilas ei kuolekaan, vaan joutuu tehohoitoon entistä kärsivämpänä? Tulisiko silloin kuitenkin olla valmius eutanasian toteuttamiseen? Käytännössä avustettua itsemurhaa suosivasta kannanotosta seuraisi todennäköisesti Sveitsin Dignitas -klinikan käytäntöä seuraava toiminta ja turismi Suomeen. Olisiko lääkäriavusteisen itsemurhan salliminen askel kohti eutanasiaa?

Lainsäädännön ongelmat

Vaikka Suomen lainsäädäntö ei kielläkään avustettua itsemurhaa, niin moni muu maa niin tekee. Mikäli avustetusta itsemurhasta tulisi käytäntö, se edellyttäisi lainsäätäjältä tarkennusta nykyisiin säädöksiin. Miten tarkkaan ottaen tällaisessa tilanteessa pitäisi toimia, jotta syyttämiskynnys ei ylity? Miten estää väärinkäytökset? Ne olisivat aina kohtalokkaita, sillä kyseessä on hengen menetyksi. Millainen valvontakoneisto tarvitaan? Raadollinen todellisuus on, että missä on mahdollisuus väärinkäytöksiin, niitä myös tapahtuu. Entä jos lääkäri erehtyy tai tekee päätöksen puutteellisten tietojen perusteella? Millainen ammattitaito arviota tekevältä lääkäriltä edellytettäisiin, sillä hänen tulisi osata palliatiivisen hoidon mahdollisuudet? Mikä on korvauskäytäntö väärinkäy-

εὐθανασία



töksissä, kun asianomaista ei enää ole? Nämä samat kysymykset koskevat myös eutanasiaa. Lääkäriavusteisen itsemurhan kohdalla pitäisi vielä miettiä, miten estää, että ei synny lääkemääräysten väärinkäyttöä niin, ettei kuolettavat lääkkeet saanut potilas annakin niitä jonkun toisen käyttöön. Omantunnonvapauden kannalta olisi oleellista, että lääkäri voisi kieltäytyä osallistumasta lainkaan toteuttamisprosesseihin eli voisi kieltäytyä myös lähettämästä eutanasiaa tai lääkäriavusteista itsemurhaa toivovaa potilasta eteenpäin. Tätä oikeutta ei kansalaisaloite eutanasiasta nyt sisällä. Lainsäädännön periaatteisiin kuuluu, että lakia ei säädetä kovin pientä joukkoa varten. Nyt kyseessä olisi hyvin pieni joukko.

Lääkärin etiikan ongelmat

Eettisesti lääkäriavusteista itsemurhaa ja eutanasiaa koskevat samat lääkärin eettiset velvoitteet elämän ja ihmisyyden kunnioittamisesta, terveyden edistämisestä sekä potilaan vahingoittamisen välttämisestä. Lääkärin velvollisuutena on suojella potilastaan. Jo Hippokrateen vala antaa tälle pohjan todetessaan: ”En tule antamaan kenellekään kuolettavaa myrkkyä, vaikka minulta sellaista pyydetäisiin, enkä neuvoa sellaisen valmistamiseen”. Suomen Lääkäriliitonkin (SLL) eettiset sitovaksi määritellyt tekstit sisältävät nämä periaatteet (8,9). Maailman Lääkäriliitto (WMA) on ottanut kielteisen kannan niin eutanasiaan kuin lääkäriavusteiseen itsemurhaan (10). Samoin ovat tehneet mm. Euroopan lääkärin pysyvä komitea (CPME)(11), Euroopan neuvosto (12), British Medical Association (BMA)(13) ja American Medical Association (AMA)(14) sekä mm. Ruotsin lääkäriliitto (15). Lääkärin etiikkaa pidetään yleismaailmallisena ja WMA:n roolina on ylläpitää siitä yhteistä ohjeistoa.

Lääkärin etiikka -kirja toteaa SLL:n kantana: ”Suomen Lääkäriliitto suhtautuu kielteisesti aloitteisiin eutanasian laillistamisesta. Lääkäriliitto, kuten Maailman lääkäriliitto (WMA), katsoo että lääkärin osallistuminen potilaan aktiiviseen surmaamiseen edes potilaan pyynnöstä on vastoin lääkärin etiikkaa ja keskeisiä arvoja. Palliatiivisen hoidon toteutumisen puutteita ei tule ratkaista eutanasialla.”

”Lääkäriliitto vastustaa myös sitä, että lääkärit ammattikuntana velvoitettaisiin tekemään toimenpiteitä, joiden ensisijaisena tarkoituksena on potilaan kuoleman jou-

duttaminen. Lääkäriliitto ei ole katsonut itsemurhan avustamisen kieltämistä Suomessa tarpeelliseksi. Itsemurhan avustamisen kriminalisointi voi myös johtaa ongelmallisiin tulkintatilanteisiin ja riskeihin mm. itsemurhan tehneen läheisten kannalta.” (16)

Saattohoidon mahdollisuudet

Julkisuudessa esiin nostetut yksittäiset tapaukset, joissa saattohoito on toteutunut puutteellisesti, näyttävät olevan keskeisenä pontimina eutanasia ajamiselle lainsäädäntöön (17). Kuoleman jouduttamisen toiveiden taustalla ovat keskeisenä erilaiset pelot. Tutkimuksissa on todettu, että fyysisistä oireista eniten pelätään kipua ja tukehtumisen tunnetta, vaikka kipua osataan hoitaa niin, ettei se ole ongelma ja hengenahdistukseenkin on keinonsa. Näiden ohella pelätään elämänhallinnan menettämistä ja toisten hoivattavaksi jäämistä sekä yksin jäämistä. Depressio ja toivottomuus luovat näille pohjaa. (18)

On todettu, että asianmukainen tieto sairauden etenemisestä sekä hoitomahdollisuuksista vähentää eutanasiaa ja avustettua itsemurhaa koskevia toiveita. Kokonaisvaltaisessa psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen/hengellisen ulottuvuuden huomioon ottavassa saattohoidossa kuoleman jouduttamisen toiveet voivat väistyä (19). Siten eutanasian sijaan ei ole eettisesti kestävää ajatella lääkäriavusteista itsemurhaa vaihtoehtoksi, vaan asianmukaista hyvin toteutettua saattohoitoa. Kysymys on halusta järjestää sellaista ja osoittaa siihen tarvittavat resurssit. Nykytilanteessa ei taloudellisia

**Kuolevia hoitavista
lääkäreistä 71 %
haluaisi saattohoitolain.**

syistä olla aina halukkaita sitoutumaan järjestelyjen kustannuksiin (20). Siksi tarvitaan lakia, joka määrittää hyvän saattohoidon puitteet (21). Tuoreen SLL:n 1/2017 tekemän kyselyn mukaan kuolevia hoitavista lääkäreistä 71 % haluaisi saattohoitolain (22). Laki toteuttaisi kansalaisten yhdenvertaisuuden saattohoidon saamisessa, nyt sitä ei ole. Laki antaa ihmisille parhaan turvan ja tunteen siitä, että he tulevat saamaan hyvää hoitoa hälventäen pelkoa joutua kärsimään. Saattohoitolain avulla elämän loppuvaiheen hoito saadaan joutuisimmin hyvälle tasolle.

Yhteenveto

Kaiken kaikkiaan kysymystä avustetusta itsemurhasta ei eettisesti, ei lääkärin profession kannalta, ei filosofisesti eikä juridisestikaan voi erottaa niistä ongelmista, joka liittyy eutanasiaan. Mikäli eutanasiasta ollaan yhtä mieltä ja avustetusta itsemurhasta toista mieltä, niin kanta on sisäisesti ristiriitainen.

Kalle Mäki, LL, TK

Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan jäsen
SKLS:n hallituksen varapuheenjohtaja
Pirkanmaan Hoitokodin hallituksen jäsen



Artikkeli on julkaistu alun perin Kristillissessä lääkäri-lehdessä 1/2017 s. 24-27.
Artikkelia on päivitetty uudelleen julkaisua varten.

VIITTEET:

1. Emanuel EJ et al. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* 2016;316:79-90
<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2532018>
2. BMA. End-of-life care and physician-assisted dying (23.8.2016). <https://www.bma.org.uk/collective-voice/policy-and-research/ethics/end-of-life-care>
3. Saarto T ja Lehto J. Eutanasiasta voi tulla saattohoidon korvike – eduskunnalle jätettyyn kansalaisaloitteeseen kätkeytyy vaikeita ongelmia. HS 18.2.2017. <http://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000005092973.html>
4. Ukkola S. Lääkkeeksi kuolema. YLE (16.5.2016). <http://yle.fi/uutiset/3-8883377>
5. Hänninen J. Palliatiivinen sedaatio – viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. *Duodecim* 2007;18:2207. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96746.pdf>
6. Metaxas E. Euthanasia and Organ Harvesting. A Goulsh - but not Surprising – Proposal. *Breakpoint* (3.2.2017) <http://www.breakpoint.org/bpcommentaries/entry/13/30436>
7. Groenewoud J, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Willems D, van der Maas P, van der Wal G. Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands. *N Engl J Med* 2000; 342:551-556. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200002243420805#t=articleResults>
8. SLL. Eettiset ohjeet (2014). <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/eettisen-ohjee/>
9. SLL. Ammattietiikka työ perustana (3.10.2014). <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/>
10. WMA Resolution on Euthanasia. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13b/>
11. CPME 2000/085. Resolution on care of terminally ill. http://doc.cpme.eu:591/adopted/CPME_AD_Brd_160302_1_EN_fr.pdf
12. Euroopan neuvosto. Resolution 1859 (2012). Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=18064&lang=en>
13. BMA policy, Physician-assisted dying. 30.1.2016 <https://www.bma.org.uk/advice/employment/ethics/ethics-a-to-z/physician-assisted-dying>
14. AMA. Code of Medical Ethics. Opinions on caring for patients at the end of life. 2016 <https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/code-of-medical-ethics-chapter-5.pdf>
15. Svenska Läkarförbundet. Vi tar ställning mot dödshjälp. Svenska Dagbladet 3.2.2017. <https://www.svd.se/lakarforbundet-vi-tar-stallning-mot-dodshjalp/om/debatten-om-dodshjalp>
16. Kattelus M, Nummi V (toim). Lääkärin etiikka. 7. painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 2013, s.159 ja 162. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/>
17. Tiessalo P. Eutanasia ymmärretään usein väärin – "Onko kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen kärsimys surmaamalla hoidettava taudinkuva?" YLE (16.2.2017). <http://yle.fi/uutiset/3-9460880>
18. Ezekiel J. Emanuel: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide A Review of the Empirical Data From the United States. *Arch Intern Med*. 2002;162(2):142-152. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/214736>
19. Tasmuth T. (syöpätautien erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys, LT): Hyvä saattohoito tekee eutanasian tarpeettomaksi. *Elämään* 2012;5, 3-4. <http://www.tiinatasmuth.fi/5>
20. Yrjölä E. Lännen Media: Saattohoitopaikkoja pidetään tyhjiillään YLE (29.10.2015). <http://yle.fi/uutiset/3-8415606>
21. Oikeusministeriö. Kansalaisaloite.fi. Saattohoitolaki. <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/754>
22. SLL. Lääkäriliiton kysely: Saattohoito kehittynyt viimeisten vuosien aikana (13.2.2017). Kuolevia potilaita hoitavien lääkärin mielipiteitä saattohoidosta ja eutanasiasta. 2017. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/laakariliiton-kysely-saattohoito-kehittynyt-viimeisten-vuosien-aikana/>

VAIHTOEHTONA LAADUKAS SAATTOHOITO

Depositphotos & Heikki Halkosaari



Haastattelu:

Saattohoito tarvitsee lainvoimaisen aseman

Suomalaisessa saattohoidossa on tapahtunut suurta kehitystä. Laki ei kuitenkaan toistaiseksi velvoita sen järjestämistä. Haastattelin kahta palliatiivisen hoidon johtavaa asiantuntijaa, professori Tiina Saartoa ja ylilääkäri Juho Lehtoa.

Keväällä eutanasialakia ajaneen kansalaisaloitteen lähetekeskustelussa tuli esiin ajatus saattohoitolain mahdollisuudesta. Useat aloitetta kommentoineet asiantuntijat ovat tähdentäneet, että ensisijaisesti olisi syytä saada koko maan tasoisesti laadukas ja tasapuolinen saattohoito. Asiaan tullaan Saarton mukaan kiinnittämään huomiota nyt kun eduskunta jatkaa aloitteen käsittelyä valiokunnissa. **Olisiko saattohoidosta tarpeen säätää erillinen laki?**

- Asiaa ehdotettiin moneltakin taholta. Olennaisinta olisi saada saattohoito mahdollisimman tasapuoliseksi joka puolelle maata, Lehto kertoo.

- Eduskunnassa tuntui saavan kannatusta se, että jonkin verran virallisempi asema pitäisi palliatiiviselle ja saattohoidolle saada. Tätä olen esittänyt itsekkin, että olisi asetta virallisemmat suositukset tai velvoitteet.

- Periaatteessa meidän lainsäädäntö sallii hyvän saattohoidon, muttei velvoita sitä toteuttamaan ja se on se ongelma, Saarto tarkentaa. Lehto kuvaa saman puutteen:

- Meillä on olemassa laki potilaan asemasta ja oikeudesta sekä terveydenhuoltolaki, joiden henki on se, että pitäisi olla riittävä ja tasapuolinen saattohoito Suomessa. Kuitenkaan se ei nyt mene sillä tavalla.

Lehdon mielestä olisi välttämätöntä, että saattohoidon lainvoimaiseen asemaan otettaisiin selkeä kanta lakikäsittelyn edetessä.

- Jos nyt tosissaan ruvettaisiin puhumaan lainvoimaisesta eutanasiasta Suomessa niin olisi aika jyrkästi ristiriitaista ettei meillä olisi lainvoimaa saattohoidolle.

Saarto tarkentaa, ettei varsinaisesta saattohoitolaista ole tehty päätöksiä, mutta siitä tullaan säätämään lakiin todennäköisesti ainakin asetuksen tasolla.

- Ei ole lopulta suurta merkitystä, tullaanko asiasta säätämään laki vai asetus, kunhan se on riittävän selkeä ja velvoittava.

Entä minkälainen on palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytilanne Suomessa? Saarto suhtautuu siihen positiivisesti.

- Työtä on tehtävänä, mutta ennen kaikkea hirveästi on tapahtunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Se ei vain ole julkisuudessa tullut näkyviin.

Saarton mukaan ongelma on, että palliatiivinen hoito ei ole systemaattista. Siihen ei ole sellaista velvoitetta kuten esimerkiksi kirurgisen tai syövän hoidon järjestämisestä.

- Tällä hetkellä se on hyvästä tahdosta kiinni. Tahtotila alkaa olla kunnossa, mutta nyt aletaan tarvita velvoitetta, koska vielä ei saattohoitoa ei toteudu tasapuolisesti.

Saarto muistuttaa, etteivät syövän hoito ja kirurginen hoito ole hyvästä tahdosta kiinni vaan on itsestäänselvyys, että nämä ovat järjestetty. Palliatiivisen hoidon tapauksessa näin ei ole.

Saarto kertoo, että saattohoitoa on lähdetty vapaaehtoisuuden pohjalta järjestämään melko vireästi.

- Siinä mielessä olen monesti sanonut, että juna on lähtenyt liikkeelle niin valtavalla vauhdilla, ettei meinaa pysyä perässä. Uusia yksiköitä syntyy koko ajan ja palveluja on helpompi saada paikallisesti rakennettua.

Rakenne on jo suunniteltu

Saarto ja Lehto vakuuttavat, että tällä hetkellä on jo melko pitkälle vietyjä ajatuksia siitä, miten saattohoito tulisi käytännössä järjestää Suomessa. Lehto kertoo porrasteisesta rakenteesta, jossa erityistason yksiköt tukisivat perustason yksiköitä. Tätähän jo paljon tapahtuu alueellisesti esimerkiksi Tampereella, jossa on kohutuullisen hyvät konsultaatioväylät.

- Selvä struktuuri on olemassa, mutta velvoite tarvitaan, Saarto jatkaa. Rakennetta on lähdetty miettimään norjalaisen kolmiportaisen mallin mukaan. Vaativan erityistason hoitoa tuottaisi erikoissairaanhoidon yliopistosairaloissa ja isommissa keskussairaloissa. Erityistason hoitoa olisivat kotisairaanhoidon, saatto-osastot, palliatiiviset poliklinikat, ja perustasoa paikallisemmat yksiköt sekä hoivakodit, joissa ongelmattomampia tapauksia hoidettaisiin.

- Erittäin suurta kehitystä on tapahtunut erityisesti julkisella sektorilla, Saarto iloitsee.

Systemaattinen koulutus puuttuu edelleen

Ilman kattavaa koulutusta eivät hyvätkään suunnitelmat voi toteutua. Toistaiseksi vain kahdessa yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa on palliatiivisen hoidon

Struktuuri on olemassa, mutta velvoite tarvitaan.

koulutusohjelma. Muualla ei opetusvelvoitetta ole. Myöskään sairaanhoitajia ei systemaattisesti opeteta.

- Olemme alkeellisessa tilassa, Saarto tunnustaa. Esimerkiksi syöpätaudeissa tai kirurgiassa ei keskustella siitä opetetaan ko niitä, vaan lääkärit ja sairaanhoitajat saavat opetusta.

- Meillä on edellytykset 5-10 vuoden aikana rakentaa erittäin hyvä palveluverkosto, Saarto jatkaa. Tämä edellyttää koulutuksen systemaattista järjestämistä. Valtaosa kuolee perustason paikoissa ja sinne täytyisi pystyä viemään osaamista. Kun suuri osa kuolevista tarvitsee jonkinlaista saattohoitoa, ei ole realistista ajatella, että specialisti hoitaa kaikki kuolevat potilaat.

- Pitää saada perusosaaminen niin hyväksi, että valtaosa hoituu perusopetuksen antamalla valmiuksilla ja vain vaativimmat tapaukset hoidetaan specialistien toimesta, Saarto tähdentää.

Pitkään elävät sairastavat kauan

Keskustelimme Lehdon kanssa siitä, olemmeko kenties kulttuurina oppimassa käsittelemään kuolemaa uudella tavalla. Emme enää kuole äkillisesti tartuntatauteihin tai äkillisiin sydäntapahtumiin, vaan enimmäkseen pitkäaikaisiin, kroonisiin sairauksiin.

- Elämme pidempään kuin koskaan ennen – mikä on sinänsä mukava asia – mutta kuolemme myös sairaamina kuin koskaan ennen, Lehto toteaa. Tällöin palliativisen ja saattohoidon hoidon tarve kuitenkin lisääntyy, koska kaikki kuitenkin kuolevat.

- Se, että kuolema siirtyy myöhemmäksi, ei millään tavallaan poista hoidon tarvetta, Lehto pohtii.

- Palliativisen hoidon renessanssi on tietyllä tavalla hyvinvoinnin ja kehittyneen medisiinan sivuvaikutus. Meidän täytyy ottaa lusikka kauniiseen käteen ja ajatella tämä asia [kuolevan hoito] vielä vähän uusiksi. Lääketiede ei lopulta estä kuolemaa.

Ihminen maksaa

Lehto kertoi mielenkiintoisen seikan kustannuksista:

- Meillä on esimerkkejä maailmalta, että hyvä saattohoito ei tule ainakaan kalliimmaksi kuin saattohoidon järjestämättä jättäminen.

Tämä johtuu Lehdon mukaan siitä, että ihminen hoidetaan joka tapauksessa jossakin. Heikosti järjestetty saattohoito johtaa siihen, että ihminen hoidetaan ensiapujärjestelmän kautta, mikä johtaa väärin kohdennettuun hoitoon ja myöskin kalliimpaan ja näiden potilaiden osalta heikompitasoiseen hoitoon. Siinä mielessä ei saattohoito tule kalliimmaksi.

- Ei se välttämättä suoranaisesti säästäkään rahaa, koska laadukkaaseen saattohoitoonkin resursseja tarvitaan, Lehto tarkentaa.

- Ei se ilmaista hommaa ole ... Kyllähän se on se kuolevaa hoitava ihminen, joka siinä maksaa ja hyvä niin.

Saarto on samoilla linjoilla:

- Toki joudutaan vakansseja perustamaan. Saarron mukaan kuntakohtainen kartoitus saattohoidon tarpeesta ja tarjolla olevista palveluista on ollut ratkaisevan tärkeää alueiden saattohoidon kehittymisessä.

- Kun on kartoitettu niin homma lähtee liikkeelle. Saarto kertoo, että Uudellamaalla on alettu katsoa kuntakohtaisesti mitä palveluja on tarjolla suhteutettuna väestön tarpeisiin.

- Aukkoja vielä on, mutta kun on tehty [sairaanhoitopiirin] johdon hyväksymä kartoitus niin kyllä se lähtee liikkeelle ja menee aika pienellä rahalla.”

Hyvä saattohoito tarvitaan joka tapauksessa

Sekä Lehto että Saarto näkevät olennaisen tärkeänä panostaa palliativisen ja saattohoidon kehittämiseen riippumatta käynnissä olevasta eutanasiakeskustelusta. Saarto tähdentää, että eutanasia on irrallinen kysymys, jota ei keskusteluissa tulisi sekoittaa palliativiseen hoitoon vaihtoehtona tai vastakkaisena ehdotuksena.

Tästä huolimatta molemmat ovat sitä mieltä, että laadukas palliativinen ja saattohoito vähentävät tarvetta keskustella eutanasiasta. Lehto täydentää, että kansalaisyhteisöissä esiin tuleva eutanasiamyönteisyys on osittain sitä, että halutaan hyvää saattohoitoa.

- Kun sitä ei sillä lailla osata sanoittaa, se kääntyy eutanasiamyönteisyydeksi. Monet lehtijutut kertovat mielestäni enemmän saattohoidon kaipuusta kuin eutanasiamyönteisyydestä. On ymmärrettävää, että se kääntyy sillä tavalla kun kyse on kuitenkin elämän lopun kärsimyksestä.”

Teksti ja haastattelut: *Matias Pehkonen*

Lähteet: *Tiina Saarron ja Juho Lehdon haastattelut 18.8.2017*

 Artikkelin on julkaistu alun perin Kristillisessä lääkäri-lehdessä 3/2017 s. 26-27.

Saattohoitoa Pirkanmaalla ja Oulussa

Pirkanmaan hoitokodin ja Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen osaston toiminnassa toteutuu sama toiminta-ajatus: kun ei ole mitään tehtävissä, on paljon tekemistä. Molemmat ovat alueellansa elämän loppuvaiheen hoidon järjestämisen pioneereja.

Lyhyt historiikki

Vuonna 1988 Tampereelle perustetusta Pirkanmaan Hoitokodista tuli Suomen ensimmäinen saattohoitoon erikoistunut laitos. Toimintaa varten rakennettiin oma edelleen hyvin viihtyisä ja toimiva rakennus. Myös muilla paikkakunnilla oli saattohoitokotien perustamishankkeita, mutta tuolloin vuosikymmenen vaihteen laman myötä kuntien mahdollisuudet antaa maksusitoumuksia yksityisiin palveluihin heikkenivät, ja osa suunnitelmista jäi toteutumatta tai toiminta loppui alkuunsa. Näin kävi myös Oulussa. Saattohoito nähtiin kuitenkin niin tärkeänä, että jo 90-luvun alussa perustettiin kaupungin oma toimintana pieni kolmipaikkainen saattohoitoyksikkö. Toiminta laajeni pikkuhiljaa, ja 2002 siirryttäessä uuteen kaupunginsairaalaan perustettiin palliatiivinen osasto A2, jossa pyrittiin jo suunnitteluvaiheessa ottamaan huomioon näiden potilaiden erityistarpeita.

Toiminta tänään

Pirkanmaan Hoitokoti (PH) tarjoaa nykyisin 24-paikkaisena osastohoitoa sekä kerran viikossa päivätoimintaa kotona vielä oleville potilaille ja heidän läheisilleen. Päivätoimintapäivänä on monenlaista virkistävää toimintaa yhdessä, mutta myös mahdollisuus käydä lääkärin vastaanotolla ja tavata esimerkiksi sosiaalityöntekijää. PH:n kotisairaanhoidaja käy arkipäivisin tarvittaessa potilaiden kotona, ja myös lääkäri tekee kotikäyntejä. Kotipotilailla on mahdollisuus ottaa osastolle yhteyttä ympärivuorokautisesti, ja voinnin niin vaatiessa myös tulla osastolle. Vuonna 2016 osastolla saattohoidettiin 306 potilasta ja kotikuolemia oli 13.

Kotipotilailla on mahdollisuus ottaa osastolle yhteyttä ympärivuorokautisesti, ja voinnin niin vaatiessa myös tulla osastolle.

Oulun kaupunginsairaalan (OKS) palliatiivisella osastolla A2 oli vuonna 2002 30 potilaspaikkaa. Koko sairaalan paikkalukua on sittemmin jouduttu lisäämään ja nykyisin osastolla on 37 vuodepaikkaa. Olimme vuosia tietoisia monien potilaiden toiveista saada kuolla kotona, ja vuonna 2011 aloitettiin osaston omana toimintana kotisaattohoito. Vuonna 2016 osastolla saattohoidettiin 262 potilasta ja kotisaattohoidossa kuoli 38 potilasta.

Vaikka suurin osa saattohoidetuista molemmissa paikoissa on ollut syöpäpotilaita, myös ei-syöpäpotilaita, jotka tarvitsevat erityisosaamista elämän loppuvaiheessa otetaan mielellään osastolle. OKS A2:lla näiden ei-syöpäpotilaiden osuus on ollut noin viidesosa.

Saattohoito palliatiivisen hoidon loppuvaiheena

OKS:ssa ajattelutapaa alettiin muuttaa jo heti vuosituhannen vaihteen jälkeen palliatiiviseksi, jonka loppuvaihe kuoleman lähestyessä on saattohoitoa. Tämä tapahtui luontevasti, koska kaupunginsairaala edustaa perusterveydenhuoltoa. Erikoissairaanhoidosta siirtyvistä syöpäpotilaista otetaan osastolle koppi, kun syöpään vaikuttavia hoitoja ei enää ole käytettävissä. Tällöin potilaalle annetaan ns. LP-paikka tarvittaessa osastolle. Potilaan kunto voi vielä olla hyvä, ja ensimmäinen yhteydenotto saattaa sisältää vain puhelinsoiton tai potilaan niin halutessa kotihoitoringin ensikäynnin kotona. Potilas voi



Kuva: Saana Mäenpää

myös käydä tutustumassa osastolla. Tärkeintä on että hän ja omaiset tietävät mihin voivat ottaa yhteyttä tarvittaessa 24/7. Suuri osa potilasta tulee myös siirtona OYS:sta, mutta lähtee vielä tuettuun kotihoitoon niin halutessaan. Osan tilanne on jo OKS:aan tullessa sellainen että keskitytään hyvään saattohoitoon. Kuten aiemmista luvuista nähtiin, osa potilaista saattohoidetaan kotona, mutta suurin osa LP-potilaistakin tulee loppuvaiheen hoitoon osastolle käytyään ehkä sitä ennen useita kertoja hakemassa apua johonkin vielä hoidettavissa olevaan ongelmaan.

Pirkanmaan Hoitokoti profiloitui saattohoitokodiksi, ja on sellaisena maamme ehdotonta huippua. Aikaisemmin potilasvalinnan kriteerinä oli saattohoitopäätös, ja se määritteli hoidon sisällön. Viime vuosina potilasvalinta on laajentunut niin, että potilas voidaan ottaa hoidon piiriin jo siinä vaiheessa kun on siirrytty oireenmukaiseen hoitoon. Tällöin potilaalla on usein aluksi kontakteja kotisairaanhoidoon ja käyntejä päiväpalvelussa, ehkä osastojaksojakin. Hoidossa korostuu aiempaa enemmän potilaan yksilöllisyys. Voinnin heikentyessä hän saa tulla osastolle tai, jos niin haluaa ja on mahdollista järjestää, saa saattohoidon kotiin.

Hoidon toteutuksen mahdollistaminen

Elämän loppuvaiheen hoidon onnistumisen tärkein edellytys on hyvä, sitoutunut ja kehitysmuuttainen henkilökunta. Välillä on täytynyt uskaltaa myös ”uida vastavirtaan”, varsinkin kunnallisella puolella. Hoito on parhaimmillaan kokonaisvaltaista ja myös läheiset huomioivaa. Tähän tarvitaan moniammatillista tiimiä, jossa myös hengellisyys on huomioitu. PH:ssa on palkattuna pastori kolmena päivänä viikossa. OKS:ssa pastori kiertää osastolla yhtenä päivänä viikossa, muulloin päivystävän sairaalapastorin palvelut ovat tarjolla ympärivuorokautisesti.

Molemmissa on palliatiivisen erityispätevyuden omaava lääkäri ja molemmat ovat vuosia olleet myös erityispätevyuden koulutuspaikkoja. OKS A2 on koulutuspaikka myös sairaalassa erikoistumassa oleville muille lääkäreille, jotka näin saavat tästä osa-alueesta tietopaketin riippumatta siitä mitä tulevaisuudessa tulevat tekemään.

Sekä PH että OKS A2 tekevät läheistä yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa. Sen lisäksi että potilaita tulee yliopistosairaaloista, niistä myös saadaan tarvittaessa konsultaatioapua.

Sairaalaosastona OKS A2 ei pysty viihtyisyydessä kilpailemaan PH:n kanssa, vaikka työtä on senkin osalta yritetty tehdä. PH on alun perin suunniteltu ottaen viihtyisyyskijät huomioon, ja vuosikymmenten aikana taso ei ole ainakaan heikentynyt.

PH:ssa on erittäin pitkälle vietyä vapaaehtoistoimintaa. Työhön on palkattu koordinoija, joka kouluttaa ja järjestää työvuorot ym. noin sadalle aktiivisesti toiminnassa olevalle vapaaehtoiselle. OKS A2:lla potilaan ja/tai omaisen on mahdollista saada rinnalleen yhdessä Pohjois-Suomen Syöpäyhdistyksen kanssa koulutettu vapaaehtoinen, joita viime vuonna toiminnassa oli parikymmentä.

Potilaan läheiset on molemmissa pyritty huomioimaan jo ensikontaktista alkaen. Heitä pyritään tukemaan erityisesti potilaan kuoleman lähestyessä ja tapahtuessa, mutta myös sen jälkeen. Molemmissa läheiset kutsutaan myös muutaman kuukauden kuluttua osastolle järjestettyyn ryhmään muistelemaan ja kertomaan tuntemuksistaan.

Maksusitoumuksella hoitoon

PH:ssa potilaspulaa ei ole, mutta hoitokoti on yksityisenä toimijana riippuvainen kuntien maksusitoumuksista, koska itse maksavien potilaiden osuus on vähäinen. Tamperelaiset ovat onnekkaita ja saavat yleensä maksusitoumuksen, kun tarvitsevat erityistason osaamista elämän loppuvaiheen hoidossa.

Hoitokoti on kuitenkin tarkoitettu koko Pirkanmaan alueen asukkaille, ja toivottavaa olisikin, että alueen muidenkin kuntien asiasta päättävät antaisivat tarvittaessa maksusitoumuksen. Tulevaisuus näyttää mitä tapahtuu uuden SOTE:n tultua voimaan.

Potilaslogistiikassa kehittämistä

OKS:ssa potilasvirran ongelma on päivystysaikana osastolle tulevat ”sattumamummit ja -papat”, mitä nimitystä kaikella kunnioituksella geriatria heistä käytän. Osastolle valikoituu pääasiassa palliatiivisia potilaita, ja kotoa tulevat lupapaikkalaiset menevät aina kärkeen. Päivystysaikana paikkoja saattaa vapautua, ja useimmiten sairaalan jokainen paikka myös täyttyy. Nämä ”väärät” potilaat tietenkin hoidetaan asiallisesti kotiin tai esimerkiksi kuntoutusosastolle jatkohoitoon. Joskus hoitojaksot pitkittyvät ja palliatiiviset potilaat joutuvat odottamaan osastolle pääsyä.

Pirkanmaan Hoitokodissa on erittäin pitkälle vietyä vapaaehtoistoimintaa.

Oulun kaupunki on viime vuosina laajentunut ympäristökuntien liittymisen myötä. Tämä on tuonut lisää potilaita myös OKS A2:lle. Varsinainen haaste on ollut järjestää kotisaattohoitoa pitkien etäisyyksien päähän tasapuolisesti kaikille kaupunkilaisille.

Hyvää elämänlaatua ja rajanvetoa

Palliatiivisen lääketieteen ydinajatus on mielestäni ollut ja edelleen on tasapaino: hoidetaan palautuvat tilat ja ylläpidetään mahdollisimman hyvää elämänlaatua MUTTA vältetään tarpeettomia tutkimuksia ja turhia hoitoja sekä tuetaan potilasta ja läheisiä hyvään elämän loppuvaiheeseen.

Olen työskennellyt OKS:ssa erikoislääkärinä vuosina 2000-15 ja vielä satunnaisesti eläkkeelle jäätyäni. PH:ssa olen käynyt tutustumassa pian sen avaamisen jälkeen ja myöhemmin muutaman kerran. Vuodesta 2008 olen työskennellyt siellä lyhyitä jaksoja, edelleenkin. Olen nähnyt miten erilaisissa ympäristöissä voidaan toteuttaa hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa. Olen myös ollut pitkän matkan mukana kehityksessä, joka itselläni alkoi jo terminaaliohjeista vuonna 1982. Olen varma että tämä kehitys yhä parempaan oire- ja muuhun hoitoon jatkuu ja hoidon saatavuus tulee kattamaan koko Suomen.

Eija-Anitta Kynsilehto

Kirjoittaja on geriatrian erikoislääkäri, jolla on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys.



 Artikkelini on julkaistu alun perin Kristillisessä lääkirilehdessä 2/2017 s.14-16.

Mitä onkaan palliatiivinen sedaatio?

Palliatiivinen sedaatio on vieras asia useille lääkäreillekin. Mistä siinä on kyse? Dosentti Reino Pöyhä kirjoittaa aiheesta valaisevasti.

Vahvat kipulääkkeet voivat laskea suorituskyyä ja heikentää kognitiivisia toimintoja, ja pitkälle edenneeseen sairauteen voi liittyä tokkuraa. Palliatiivisella sedaatiolla ei kuitenkaan tarkoiteta kumpaakaan tilannetta, vaan oirehoitoa tajunnantasoja alentavilla lääkkeillä. Sedaation syvyys määräytyy oireiden lievittymisen mukaan. Sedaation ääripäänä voidaan pitää täydellistä tajuttomuutta (continuous deep sedation), johon luonnollisesti voi liittyä riski kyvyttömyyteen ylläpitää hengitystä. Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (European Palliative Care Association, EAPC) suositusten mukaisesti tulisi sedaatio pääsääntöisesti pitää niin kevyenä kuin mahdollista, ja syvää sedaatiota voisi käyttää vain muutoin hallitsemattomassa tilanteessa, esim kuoleman kriisissä.

1990-luvulta lähtien sedaatio (Ventafridda ym 1990) on vakiintunut yleisesti käytetyksi menetelmäksi saattohoidossa vaikeiden oireiden lievittämiseksi, kun muut konstit eivät auta. EAPC lukee palliatiiviseen sedaatioon myös muita käyttöaiheita (taulukko 1). Edellytyksenä sedaation käytölle on sen osaaminen; palliatiivinen sedaatio vaatii lääkäriltä erityiskoulutusta. Tekniikka opetetaan mm palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyskoulutuksessa.

Käytännön toteutus

Yleisimpiä sedaatioissa käytettäviä lääkkeitä ovat bentso-diatsepiinit, mutta myös propofolia, ketamiinia ja deksmedetomidiniä on käytetty. Lääkkeet annostellaan

tasaisena infuusiona joko laskimoon tai ihon alle. Deksmetomidiniä ja ketamiinia lukuun ottamatta sedatiivat ja anesteetit eivät ole kipulääkkeitä, mistä syystä useimmiten annostellaan myös opioideja. Sedatiivan/anesteetin ja opioidin lisäksi voidaan tarvita antiko-linergejä liman erityksen vähentämiseksi tai ruoansulatuskanavan peristaltiikan vähentämiseksi mahasuolikanavan tukoksen hoidossa. Sedaatiivan annosta nostetaan tarpeen mukaisesti vähitellen kunnes saavutetaan optimaalinen oireiden lievittyminen. Toinen vaihtoehto on nopeasti indusoitu syvä sedaatio esimerkiksi kuoleman kriisin ilmetessä (Maltoni ja Setola 2015, Beller ym 2015, Cherny ja Radbruch 2009). Artikkelin oheiset tapaukset 1 ja 2 edustavat tyypillisiä sedaatiotilanteita.

Sedaatiota seurataan havainnoimalla. Valitettavasti adekvaatti palliatiivisen sedaation mittari vielä puuttuu, mutta sedaation tason yleisiä arviointimenetelmiä voi soveltuvasti käyttää. Tärkein mittari on luonnollisesti kärsimyksen vähentyminen. Potilaita ei pyritä herättämään tajunnan tason arvioimiseksi. Sairauskertomukseen tehdään asianmukaiset merkinnät. Aluksi havainnot tehdään tiheämmin ja sedaation jatkuessa syste-

Taulukko 1. Sedaation käyttömahdollisuuksia palliatiivisessa hoidossa (Cherny ym 2009).

- a) kivuliaat toimenpiteet
- b) palovammojen hoito
- c) hengityskoneesta vieroitus teho-osastolla kun tehohoidosta siirrytään saattohoitoon
- d) kriisitilanteet ennen kuolemaa
- e) oireprofiilista aiheutuva väliaikainen sedaatio
- f) psykologinen tai eksistentiaalinen vaikea kärsimys

Taulukko 2. Palliatiivisen sedaation komplikaatioita

1. oireiden huono lievittyminen, kärsimyksen jatkuminen
2. paradoksaalinen kiihtyminen (esim. bentsodiatsepiinien takia)
3. mahan sisällön aspiraatio hengitysteihin
4. muut uudet oireet (esim. kouristukset)
5. liian varhainen sedatointi
6. väärin lääkkeiden (esim. pelkästään opioidien) käyttäminen

maattista havainnointia harvennetaan. Myös komplikaatiot (taulukko 2) raportoidaan. On tärkeää ymmärtää, että kuolema saattohoidossa ei ole komplikaatio sedaationkaan aikana!

Sedaation käyttö edellyttää luonnollisesti luottamuksellista potilas-lääkärisuhdetta. Sedaation mahdollisuudesta tulee keskustella potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Sedaatio on vain osa kokonaisvaltaista saattohoitoa. Lisäksi edellytyksenä on tekniikan hallitseminen. Toisinaan sekä omaiset että hoitohenkilökunta voivat kokea erityisesti syvän sedaation henkisesti kuormittavaksi ja ahdistavaksi, jolloin jatkuva neuvonta ja toistetut keskustelut ovat tarpeen.

Sedaation kesto vaihtelee potilaan tarpeiden mukaan. Sedaatio voi jatkua kuolemaan saakka, jos oireiden hoito niin vaatii. Pisin raportoitu sedaation kesto lieenee ollut 43 vrk, mutta tavallisin kesto on muutamia vuorokausia. Sedaatiota voidaan keventää esimerkiksi päivällä tai vierailujen aikana. Toki sedaatio voidaan keskeyttää ja purkaa muutamien päivien jälkeen. Näin on menetelty, kun potilas sedaatiota on tarvittu vaikean psykososiaalisen ahdistuneisuuden takia (Tapaus 3).

Sedatoidun potilaan hyvää perushoidosta huolehditaan mutta tavallisesti parenteraalista nesteytystä tai ravitsemusta ei anneta: kuoleva ja erityisesti sedatoitu potilas ei tarvitse ravitsemushoitoa tarvehierarkiaan mukaisesti. Palliatiivisessa sedaation aikana ei anostella happea. Imulaitteisto voi olla toisinaan tarpeen.

Sedaation aiheet ja yleisyys

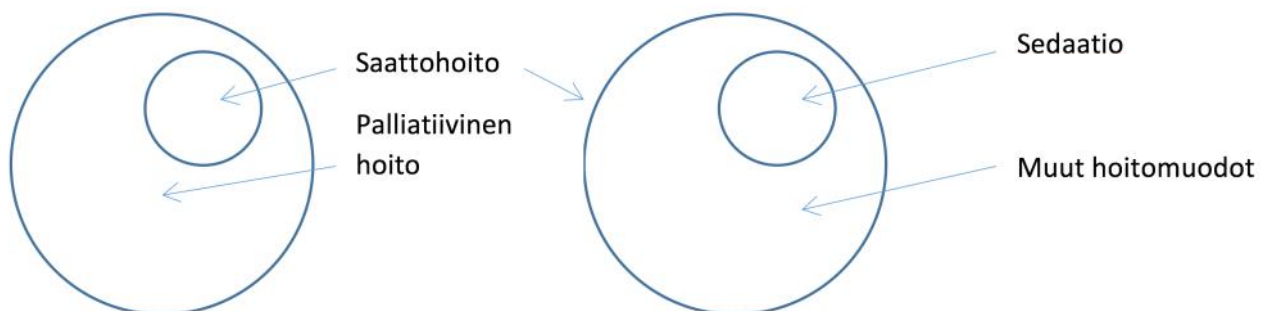
Kansainvälisissä tutkimuksissa tyypillisiä sedaation aiheita ovat olleet hallitsematon delirium, hengenahdistus ja psyykkinen ahdistuneisuus (19-30 %), kipu ja oksentaminen (5-17 %) sekä harvinaisimpina verenvuoto, kutina ja yksittäiset muut oireet (ad 4 %). Suomessa tehdyn opinäytetyön mukaan kolme yleisintä aiheutta sedaatioon olivat hengenahdistus, kipu ja henkinen hätä.

Eriasteisen sedaation tarpeeksi on arvioitu 10-52 % saattohoitopotilaista. Eurooppalaisessa tutkimuksessa syvää sedaatiota käytettiin 2,5–8,5 %:lla potilaista. Suomalaiset saattohoidon asiantuntijat ovat raportoineet herättävänsä potilaan 79 % tapauksista sedaation aikana ja antavansa potilaan nukkua ikuiseen asti 21 % tapauksissa. Arvostettu englantilainen saattohoidon asiantuntija Robert Twycross arvioi syvän sedaation tarpeen varsin pieneksi. Belgialaisessa saattohoitoyksikössä sedaation käyttö vähenikin 7 %:sta 3 %:iin kun tehostettiin laajalaisesti oireenmukaista hoitoa (Claessens ym 2007).

Eettinen pohdinta

Vaikka eettisissä pohdiskeluissa uneen vaivuttamista on pidetty hyväksyttynä ratkaisuna, kun tajuinen ihminen kärsii sietämättömästi sairautensa loppuvaiheessa, sedaation ja kuoleman välinen suhde ei silti ole eettisesti ongelmaton. Eri kulttuureissa ja vakaumuksissa on silti merkittäviä eroja sedaation hyväksymisen suhteen, ja kielteisimpiä ovat katoliset ja buddhalaiset (Pöyhä 2016).

Eettistä pohdintaa aiheuttaa myös eri maiden selvästikin erilaiset käsitykset, käytänteet ja erityisesti syvän sedaation käyttö. Äskettäin tehdyssä kvalitatiivisessa tutkimuksessa (Seymour ym 2015) tuli esiin suuria eroja hollantilaisten, belgialaisten ja englantilaisten lääkäreiden ja hoitajien sedaation käsityksissä ja käytänteissä. Kun britit ovat omaksuneet EAPC:n suositaman, mahdollisimman kevyen ja oirevasteen mukaisesti syventyvän sedaation linjan, Belgiassa ja Hollannissa yleisempi käytäntö on syventää sedaatiota kuolemaan asti ilman oireiden lievittymisen seuraamista. Toisen amerikkalaisen tutkimuksen mukaan 23 % sedatoiduista potilaista voitiin



Kuva 1. Sedaation tarve palliatiivisessa hoidossa.

TAPAUKSELSTUKSIA

1. 76-vuotias levinnyttä munasarja-syöpää sairastava nainen halusi olla kotona kuolemaansa saakka. Potilaalle oli kehittynyt relatiivinen suolitukos, mutta leikkaushoitoa hän ei halunnut. Fentanylilaastari ja suun kautta otettu metoklopramidi ja skopolamiinilaastari ja pistetty deksametasoni eivät lievittäneet oireita. Siirryttiin oksikodonin, glykopyrrolaatin, haloperidolin ja ondansetronin jatkuvaan ihonalaiseen infuusioon. Potilas halusi myös nukkua ennemmin päivällä. Infuusi-oon lisättiin midatsolaami. Päivien kuluessa annoksia nostettiin. Kivut ja oksentelu loppuivat täysin! Potilas oli heräteltävissä ja ilmiselvästi häntä miellyttivät laulettu virret, rukoukset ja ystävien tauoton läsnäolo. 10 vrk:n kuluttua potilas kuoli rauhallisesti. Sedaation aikana ei aloitettu parenteraalista nesteytystä.

2. 67-vuotias mies, joka oli saattohoidossa ”loppuun palaneen” sydämen (LVEF n. 20 %) ja myelofibroosin takia. Lisäksi munuaiset piiputtivat. Yksi ongelmista oli levottomat ja unettomat yöt. Yksissä tuumin potilaan kanssa aloitettiin yösedaatio loratsepaamin ihonalaisella infuusiolla. Päivät mies jakoi vähän seurustella. Onneksi muutaman viikon kuluttua aamu ei enää potilaalle valjennut.

3. Levinnyttä rintasyöpää sairastanut potilas oli saattohoidossa. Perheeseen kuului pieniä lapsia ja aviopuoliso. Kivut ja muut oireet saatiin hallintaan lääkkein. Ongelmaksi tuli vaikea henkinen ahdistuneisuus. Psykologisesta tuesta huolimatta potilas oli itkuinen ja ahdistunut. Samaa alavire ja tuskaisuus oli nähtävissä perheessä, joka uupumuksen rajoille saakka kävi potilasta tapaamassa päivittäin. Potilaalle ehdotettiin sedaatiota, jota päivisin voitaisiin keventää. Aloitettiin midatsolaami-infuusio. Perheelle vakuutettiin, että äidistä pidettäisiin hyvää huolta. Ehdotettiin myös välipäiviä – äitihän (melkein) nukkui, ja lapsille muuta ohjelmaa välipäiviksi. Viikon kuluttua sedaatio purettiin vähitellen. Havaittiin, että äidin ja perheen ahdistuneisuus oli vähentynyt. Seuraavan viikon jälkeen äiti lähti kotilomalle. Potilaan elämä päättyi sitten muutaman viikon kuluttua ilman suurempaa dramatiikkaa. Suru tietysti oli aistittavissa.

Palliatiivinen sedaatio voidaan ymmärtää edelleen monin tavoin – ja helposti väärin.

kotiuttaa saattokodista, kun oireet olivat vähentyneet (Elsayem ym 2009).

Palliatiivinen sedaatio voidaan ymmärtää edelleen monin tavoin – ja helposti väärin (Ruoppa 2015, Morita ym 2017). Sedaatio voidaan ymmärtää lääkärijohteisena eutanasia (Harrison 2008). Norjassa sedaation käyttösuositusta on laajennettu muutaman viikon eliniän ennusteesta ilman prognoosin määrittystä (Forde ym 2015). Ranskassa syvä sedaatio merkitsee käytännössä samaa kuin eutanasia (Rauss ym 2016). Tästä syystä Twycross (2017) onkin ehdottanut palliatiivisen sedaation termin korvaamista syvän sedaation käsitteellä ja sen rajaamista elinajan aivan loppumetreille. Tätä käsitystä on vaikea ymmärtää EAPC:n suositusten valossa; niissä kun on määritelty myös sedaation väärin käytön tunnuspiirteet (taulukko 3). Myös Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen asiantuntijaryhmä on laatinut palliatiivisen sedaation yleisohjeet (taulukko 4).

Sedaatiota ei tule aktiivisesti tarjota potilaalle ilman asianmukaista muuta hoitoa ja hyvää potilas-lääkärisuhdetta. Ahdistusta voivat herättää myös ravitsemuksesta ja nesteytyksestä pidättäytyminen pitkittyneen sedaation aikana. Potilaalla ja omaisilla onkin oltava luottamuksellinen suhde sedaatiosta vastaavaan lääkäriin. Potilaan lisäksi eettisiä ongelmia voivat kokea muu henkilökunta ja omaiset yrittäessään hahmottaa eutanasian ja syvän sedaation eroja. Tuoreen näyttöön perustuvan lääketieteellisen katsauksen (Beller ym 2015) mukaisesti sedaatio ei ole vähentänyt potilaiden elinaikaa. Vaikka potilas saattaakin kuolla sedaation

Taulukko 3. Palliatiivisen sedaation väärinkäytön piirteet (EAPC).

- a) Väärinkäyttö: tarkoituksena on jouduttaa kuolemaa
- b) Liian varhain aloitettu sedaatio: oireen hoidettavien mekanismien ei ole tunnistettu, muu oireenmukainen hoito ei ole riittävästi kartoitettu (esimerkiksi palliatiivisen lääketieteen konsultaatiota ei ole tehty), lääkärin oma uupumus estää monimutkaisen oireanalyysin ja -hoidon, sedaatio on aloitettu pelkästään omaisten vaatimuksesta
- c) Sedaatiosta pidättäytyminen silloin, kun siihen on lääketieteellinen tarve.
- d) Laatustandardit alittava sedatointi: sedaation tekniikkaa ei osata.

Taulukko 4. Suomalaisen asiantuntijaryhmän suositus palliatiivisesta sedaatiosta saattohoidossa.

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Palliatiivinen sedaatio tarkoittaa kuolevan potilaan rauhoittamista alentamalla tarkoituksellisesti hänen tajunnantasoaan. Sillä ei pyritä jouduttamaan kuolemaa. Palliatiivinen sedaatio on hoitovaihtoehto kuolevan potilaan sietämättömän ja hallitsemattoman fyysisen tai psyykkisen tuskan hoidossa. 2. Oireita lievittävään hoitoon liittyvä sedatoituminen on erotettava palliatiivisesta sedaatiosta. Esimerkiksi kivun ja deliriumin oireita lievittävän lääkityksen aiheuttama tajunnan ja vireystason mahdollinen alentuminen on lääkityksen haittavaikutus. Palliatiivisessa sedaatiossa se puolestaan on lääkityksen tavoite ja tarkoitus. 3. Myös eutanasia on erotettava palliatiivisesta sedaatiosta. Eutanasian tavoite on kuoleman jouduttaminen tai tuottaminen. 4. Päätös potilaan sedaatiosta tehdään yhdessä hänen kanssaan potilaslain hengen mukaisesti. Myös omaisia tulee kuulla. Jos akuutissa hätätilanteessa potilas ei ole kykenevä ilmaisemaan kantaansa, lääkärin tulee toimia "potilaan parhaaksi" -periaatteella. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Ennen kuin sedaatiopäätös tehdään, asiantuntijoita tulee konsultoida muista hoitovaihtoehtoista. Hoitavan lääkärin tulee tuntea palliatiivisessa sedaatiossa käytettävät lääkkeet ja sedaation käyttöaiheet. 6. Potilas voidaan sietämättömän tuskan lievittämiseksi sedatoida väliaikaisesti tai viimeisiksi elinpäivikseen. Oireen vaikeus määrää sedaation syvyyden. Sedaatio voi olla jatkuva tai jaksoittainen (yöksi sedatoidaan, päivällä ei). 7. Palliatiivisessa sedaatiossa spontaani hengitys säilyy. Sedaation aikana potilaan vointia seurataan kliinisesti ja sedaation päätöksenteko sekä kulku dokumentoidaan. Palliatiivinen sedaatio ei vaadi koneellista monitorointia. 8. Sedaation aikana potilas voidaan määräjain herättää, jos se katsotaan hänen etunsa mukaiseksi. Herättäminen ei kuitenkaan ole itsetarkoitus, eikä sitä tule tehdä rutiininomaisesti ilman erityistä syytä. 9. Pitkittyneen sedaation aikana huolehditaan muiden oireiden hoidosta ja tarvittavista tukihoitoista tai toimenpiteistä. |
|---|---|

aikana, kyse ei ole eutanasiasta. Intentiona ei siis ole surmata potilasta, vaan lievittää hänen kärsimystä. Toisin intention tutkiminen lienee lähestulkoon mahdotonta.

Yhteenveto

Palliatiivinen sedaatio eli tajunnan tason harkittu alentaminen on vakiintunut menetelmä nykyaikaisessa saattohoidossa. Se voidaan aloittaa yksissä tuumin potilaan kanssa vaikeiden oireiden hoidoksi kun muut keinot eivät auta. Sedaatio voi olla intermittoivaa tai jatkuvaa ja kevyttä tai syvää – potilaan tarpeiden mukaisesti eikä tarkoituksena ole pyrkiä indusoimaan tajuttomuus. Palliatiivinen sedaatio vaatii erityisosaamista. Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys ja EAPAC ovat laatineet

sedaatiosta hyvät ohjeet. Palliatiivinen sedaatio ei ole eutanasiaa. Sedaatiota on käytetty lähestulkoon samoilla indikaatioilla, joilla argumentoidaan eutanasian tarpeellisuutta. Tutkimus osoittanut, ettei sedaatio lyhennä elinaikaa. Hyvässä saattohoidossa sedaatiota kuitenkin tarvitaan harvoin.

Reino Pöyhä

Anestesiologian dosentti, Helsingin yliopisto

Palliatiivisen lääketieteen dosentti, Turun yliopisto

Johtava ylilääkäri, Kaunialan Sairaala

 **Artikkeli on julkaistu alun perin Kristillisessä lääkärilehdessä 3/2017 s. 28-31**

VIITTEET

Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Library*, 2015

Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Pall Med* 2009; 23: 581-593

Claessens P, Genbrugge E, Vannuffelen R, ym. Palliative sedation and nursing: the place of palliative sedation within palliative nursing care. *J Hosp Palliat Nurs* 2007;9:100-106.

Elsayem A, Curry E, Boohene J, ym. Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer centre. *Support Care Cancer* 2009;17:53-59.

Forde R, Materstveit LJ, Markestad T, et al. Palliative sedation at the end of life: revised guidelines. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2015;135:220-221.

Harrison PJ. Continuous deep sedation: please don't forget ethical responsibilities. *BMJ* 2008;336:1085

LiPuma SH, DeMarco JP. Expanding the use of continuous sedation until death: moving beyond the last resort for the terminally ill. *J Clin Ethics* 2015; 26: 121-131

Maltoni M, Setola E. Palliative sedation in patients with cancer. *Cancer Control* 2015; 22: 434-441

Morita T, Imai K, Yokomichi N, et al. Continuous deep sedation: a proposal for performing more rigorous empirical research. *J Pain Symptom Manage* 2017; 53: 146-152

Pöyhä R. Palliatiivinen sedaatio. Kirjassa: Saarto ym (toim). Palliatiivinen hoito. Kustannus Duodecim, Helsinki 2016

Raus K, Chambaere K, Sterckx S. Controversies surrounding continuous deep sedation at the end of life: the parliamentary and societal debates in France. *BMC Med Ethics* 2016;17:36

Ruoppa N. Miten palliatiivinen sedaatio toteutuu Suomessa? Opinnäytetyö, Helsingin yliopisto, 2016.

Rietjens J, Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, Buiting H, van der Maas P, van der Heide A. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. *BMJ* 2008; 336: 810-3.

Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care* 1990;6:7-11

SKLS:n kannanotto eutanasiasta 24.2.2017: Saattohoitolaki eutanasian sijaan

Hyvä saattohoito tulisi olla perusoikeus

Suomen Kristillinen Lääkäriseura (SKLS) kantaa huolta siitä, että ihmiset pelkäävät kärsivänsä elämänsä loppuvaiheessa. Erityistä huolta koetaan siitä, etteivät kansalaiset voi olla varmoja hyvän saattohoidon saamisesta omalla kohdalla. Julkisuudessa esillä olleet potilaskohdat osoittavat, että saattohoidon taso ei ole kaikkialla sitä, mitä sen tulisi olla. Näistä ei tule tehdä sitä johtopäätöstä, että eutanasia olisi oikea ratkaisu kuvattuihin elämän loppuvaiheen hoidon ongelmiin. Eutanasiassa ei tule paikata saattohoidon puutteita.

Suomen Kristillisellä Lääkäriseuralla on saattohoidon osaamista ja sitä on viety eteenpäin yliopistopaikkakunnilla vuosina 2015-16 järjestetyllä koulutuskierroksella palliatiivisesta hoidosta. Parhaillaan kehitämme palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa Tansaniassa. (1)

Kokemuksen perusteella Suomen Kristillinen Lääkäriseura katsoo, että Suomeen tulee säätää saattohoitolaki, koska vain siten taataan kaikille kansalaisille yhdenvertainen ja laadukas hoito elämän viime vaiheissa. Tämä tarve tuli selvästi esiin myös Suomen Lääkäriliiton (SLL) kyselyssä 1/2017 kuolevia hoitaville lääkäreille. Näistä parhaista asiantuntijoista 71 % toivoi saattohoitolakia (2).

Saattohoidon mahdollisuuksia ei tunneta

Kipu ei ole keskeisin ongelma saattohoidossa, sillä keinot sen hallintaan ovat olemassa, kunhan niitä osataan käyttää. Suomessa on vain pieni joukko erityisen vaikeahoitoisista oireista kärsiviä. He voivat saada palliatiivista sedaatiota, jolloin kokemuksen mukaan eutanasian tarve oleellisilta osin väistyy (3). Palliatiivisessa sedaatiossa tajunnan tasoa lasketaan lääkkeellisesti oireiden hallinnan edellyttämässä määrin joko jaksottaisesti sen syvyyttä vaihdellen tai yhtäjaksoisesti aivan elämän viime vaiheissa. Suomessa saa tutkimuksen mukaan noin 100 henkilöä vuodessa palliatiivista sedaatiota (4). Tajunnan tasoa voidaan laskea aina syvään uneen saakka, jolloin myös "sietämätön kärsimys" voidaan hoitaa. Välillä sedaatiosta voidaan herättää. On kyseenalaista, onko sitten enää lainkaan niitä, joiden oireita ei saada hallintaan.

Saattohoidon lähtökohtana on hyvä fyysisten oireiden hoitaminen ja kokonaisvaltainen ihmisen tarpeiden hu-

mioon ottaminen, kuten Käypä hoito -suositukset ja WHO linjaavat (5,6). Vaikka kaikkia oireita ei olisi pystytty poistamaan, niin monet pelot ovat hävinneet ja kuoleman jouduttamisen toiveista on luovuttu, kun ihmisläheisessä saattohoidossa on koettu viimeisten päivien olevan elämisen arvoisia. Hyvään saattohoitoon kuuluu myös se, että osataan luopua elämää ylläpitävistä turhista hoidoista, kun ne eivät enää hyödytä potilasta. Tämä ei ole eutanasiaa.

Eutanasia on vastoin lääkärin etiikkaa

Eutanasialaki merkitsisi, että yhteiskunnalle annetaan oikeus kajota yksilön henkeen. Tämä olisi radikaali muutos yhteiskunnan ja terveydenhuollon etiikkaan - näiden perusteita horjutettaisiin. Yksilön henki turvataan kansainvälisin sopimuksin, eikä niissä ole eutanasiaan oikeuttavia poikkeuksia - näin mm. YK:n ja Euroopan ihmisoikeussopimukset. Näiden mukaisesti eettisiä linjauksia tekevä Euroopan neuvosto pitää eutanasiaa epäeettisenä ja siihen oikeuttavia hoitotohtoja pätemättöminä (resolution 1859, v. 2012) (7).

Lakiesitys eutanasian sallimiseksi merkitsee, että lääkärit ammattikuntana veloitettaisiin surmaamaan valikoidusti potilaita ja kantamaan tästä vastuu. Eutanasia ei ole hoitotoimenpide eikä siten kuulu lainkaan terveydenhuollon toimialaan. Eutanasian määritelmää ei aina tunneta (8). Lääkäreille ollaan velvoittamassa osaamisensa perusteella vieras tehtävä, joka on vastoin lääkärin työn olemusta ja etiikkaa. Näin tultaisiin rajanneeksi lääkärin oikeutta ammattikuntana seurata ja valvoa etiikkaansa, joka on yleismaailmallista ja jota Maailman Lääkäriliitto (WMA) pitää yllä. Kansalaisaloitteessa eutanasiailaksi ei liioin toteudu perusoikeuksiin kuuluva omantunnonvapaus. Se toteutuisi vain, jos lääkärin ei tarvitsisi millään tavalla osallistua eutanasiaprosessiin, ei edes lähettää eutanasiaa haluavaa toiselle lääkärille.

Lääkärin etiikan perusarvoja ovat elämän ja ihmisyyden kunnioittaminen, terveyden edistäminen sekä potilaan vahingoittamisen välttäminen (9). Nämä muodostavat perustan luottamukselle lääkäreitä kohtaan. Velvollisuudesta lievittää kärsimystä ei voi johtaa velvollisuutta tai oikeutta surmata. Maailman Lääkäriliitto ja Suomen Lääkäriliitto näkevät, että eutanasia on eettisesti kestämätön teko, eikä sitä tule lailla velvoittaa kenenkään tehtäväksi eikä liioin sallia (10,11).



Alankomaissa on toteutunut ”kalteva pinta” eutanasian levitessä yhä uusiin ja haavoittuvampiin ihmisryhmiin, kuten lapsiin, dementoituneisiin, mielenterveysongelmaisiin ja eksistentiaalisesta tuskasta kärsiviin (12). Tätä tiestä erityisesti vammaisjärjestöt ovat olleet huolissaan. On ilmeistä, että sama kehitys toistuisi Suomessa. Tällaisessa ilmapiirissä vanhusväestö kokee helposti olevansa taakaksi ja alkaa toivoa eutanasiaa ympäristön paineesta. Eutanasiassa on olemassa väärinkäytösten ja virheiden mahdollisuus, joissa aina on hintana ihmishenki. Tällaiselle ei tule avata portteja.

Argumentointi yksilön itsemääräämisoikeudella ei ole kestävä, kun edellytetään, että arviointi ja päätös eutanasiasta ovat viime kädessä lääkäreillä (13). Ei ole yksiselitteistä ja kiinteää määritelmää ”sietämättömälle kärsimykselle”, jota käytetään eutanasian perusteena (14). Käsitteen venyttämällä eutanasian soveltaminen on helposti laajennettavissa, kuten Alankomaissa on tehty. Eutanasian ja lääkäriavusteisen itsemurhan toteuttaminen ei ole myöskään ongelmatonta, sillä toteuttamista vasta riippuen niihin liittyy jopa 16 %:ssa ongelmia ja epäonnistumisia (15).

Ehdotamme:

- säädetään saattohoitolaki eutanasiain sijaan, jotta kaikille taataan yhdenvertainen hyvä palliatiivinen hoito ja saattohoito
- lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutusta lisätään ja saattohoitopolkua kehitetään Sosiaali- ja terveysministeriön Hyvä saattohoito Suomessa (v. 2010) -suositusten mukaisesti (16)
- sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa varataan riittävät resurssit palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon ja mahdollisuuksien mukaan toteutetaan valinnanvapaus saattohoitopaikan valinnassa

Helsingissä 24.2.2017

Suomen Kristillisen Lääkäriseuran hallitus

pj. Markus Partanen

siht. Anna Numminen

VIITTEET:

1. SKLS. Palliatiivinen hanke (2017). <http://www.skls.fi/terveyslahetys/hankkeet/palliatiivinen-hanke/>
2. SLL. Lääkäriliiton kysely: Saattohoito kehittynyt viimeisten vuosien aikana (13.2.2017). Kuolevia potilaita hoitavien lääkärin mielipiteitä saattohoidosta ja eutanasiasta. 2017. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/laakariliiton-kysely-saattohoito-kehittynyt-viimeisten-vuosien-aikana/>
3. Tasmuth T. (syöpätautien erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys, LT). Hyvä saattohoito tekee eutanasian tarpeettomaksi. Elämään 2012:5, 3-4. <http://www.tinatasmath.fi/5>
4. Ruoppa N. Miten palliatiivinen sedaatio toteutuu Suomessa? Opinnäyte, lääketiet. tiedekunta, Helsingin yliopisto 2016.
5. Käypä hoito. Kuolevan potilaan oireiden hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>
6. WHO. Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
7. Euroopan neuvosto. Resolution 1859 (2012). Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=18064&lang=en>
8. Mäki, K. Elämän lopun hoidon ja toimenpiteiden terminologia. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/elaman-lopun-hoidon-ja-toimenpiteiden-terminologia/>
9. SLL. Eettiset ohjeet (2014). <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/eettisen-ohjee/>
10. WMA Declaration on Euthanasia <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13/>
11. Kattelus M., Nummi V. (toim.) Lääkärin etiikka. 7. painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 2013, s.159-162. <https://www.laa-kariliitto.fi/liitto/etiikka/>
12. Ukkola S. Lääkkeeksi kuolema. YLE. (16.5.2016). <http://yle.fi/uutiset/3-8883377>
13. Tiessalo P. Eutanasia ymmärretään usein väärin – ”Onko kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen kärsimys surmaamalla hoidettava taudinkuva?” YLE (16.2.2017). <http://yle.fi/uutiset/3-9460880>
14. Saarto T ja Lehto J. Eutanasiasta voi tulla saattohoidon korvike – eduskunnalle jätettyyn kansalaisaloitteeseen kätkeytyy vaikeita ongelmia. HS 18.2.2017. <http://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000005092973.html>
15. Groenewoud J, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Willem D, van der Maas P, van der Wal G. Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands. N Engl J Med 2000; 342:551-556. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200002243420805#t=articleResults>
16. STM. Hyvä saattohoito Suomessa, asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. STM julkaisu 2010:6. <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aBNB%3afife201504225791.pdf?sequence=1>



Suomen Kristillinen Lääkäriseura (SKLS) on v. 1923 perustettu perinteikäs suomalainen lääkäriseura. Seuraan kuuluu yli 1230 lääkäriä ja lääketieteen opiskelijaa. Tarkoituksenamme on toimia kristinuskon hengessä lääkärin ja lääketiedettä opiskelevien keskinäisenä yhdyssiteenä. Toinen tärkeä tavoitteemme on käsitellä lääkärintointia koskevia kysymyksiä kristinuskon valossa. Osallistumme myös aktiivisesti lääkintälähetykseen ja kansainväliseen diakoniatyöhön.

Kristillinen lääkärilehti (KrLL) on SKLS:n neljästi vuodessa ilmestyvä jäsenlehti. Lehti on vapaasti luettavissa osoitteessa: <http://www.skls.fi/arkisto/kristillinen-laakarilehti/>

Eutanasia?

Kristillisen lääkärilehden
saattohoito- ja eutanasia-artikkeleita 2017

Kristillisen Lääkäriseuran Julkaisuja 2

kristillinenlaakarilehti@gmail.com

Toimitus:

Markus Partanen

Kalle Mäki

Sirpa Maijanen

Matias Pehkonen

Anna Numminen

Juhani Junnila

Taitto: Heikki Halkosaari

Etukannen kuva: Heikki Halkosaari

Takakannen kuva: Antti Linkola

Painopaikka Padasjoen Kirjapaino