

ASiantuntijalausunto Eutanasialakialoitteesta

Reino Pöyhä

Palliativisen lääketieteen dosentti, Turun yliopisto

Anestesiologian ja tehohoidon dosentti, Helsingin yliopisto

Kivunhoidon, Palliativisen lääketieteen ja Lääkäriskouluttajan erityis pätevydet, SLL

Johtava ylilääkäri, Kaunialan Sairaala

Kansalaisaloite

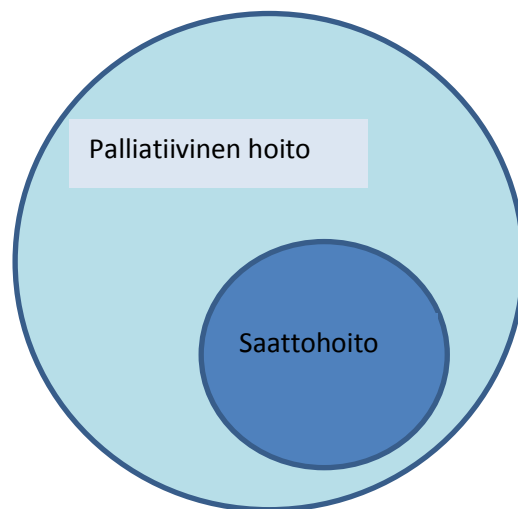
Eduskuntaan on jätetty kansalaisaloite eutanasiain säätämiseksi ja eutanasian laillistamiseksi Suomessa. Aloitteessa eutanasia esitetään palliativisen hoidon vaihtoehtona sietämättömän kärsimyksen hoidoksi niillä potilailla, jotka ovat elämänsä loppuvaiheessa parantumattoman ja kuolemaan johtavan sairauden takia ja jotka kykenevät ilmaisemaan vakaan ja riippumattoman tahtonsa surmatuksi tulemisen suhteen. Lääkärin tehtäviin kuuluisi lisäksi sulkea pois hoidettavissa oleva masennus, suorittaa eutanasia ja ilmoittaa tapahtumasta viranomaisille. Perusteluiksi lain säätämiseksi esitetään nopean kuoleman mahdollistaminen niille, joilla ”lääketieteelliset kivunlievittämisen keinot” on käytetty loppuun ilman toivottua tulosta.

Eutanasian, palliativisen hoidon ja saattohoidon käsitteet

Pohdittaessa elämän loppuvaiheen hoitotoimia on tärkeä käyttää täsmällisiä ilmaisuja. Taulukkoon 1 on koottu suositeltava terminologia, jota Suomen Lääkäriliitto, WHO ja Euroopan palliativisen hoidon yhdistys (European Association of Palliative Care, EAPC) suosittelevat.

Taulukko 1. Elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvien termien määritelmiä (1).

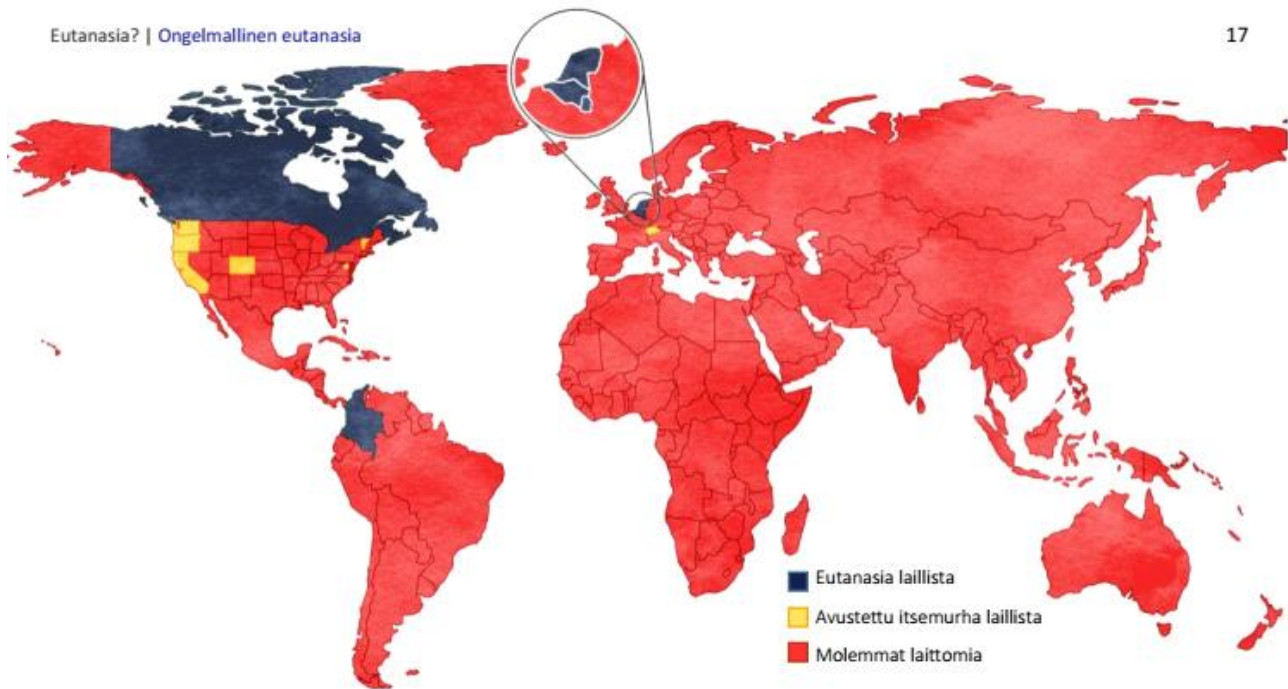
Kuoleman tarkoituksellinen tuottaminen	Kuoleman salliminen
Eutanasia = lääkärin tarkoituksellisesti suorittamaa potilaiden surmaamista lääkkeitä antamalla tämän toistuvasta, vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstä.	Saattohoito on palliativista hoitoa, jota annetaan kuoleman läheisyydessä. Hyvään saattohoitoon kuuluu biologista elämää keinotekoisesti ylläpitävistä tehottomista ja turhista hoidoista.
Lääkäriavusteinen itsemurha = lääkäri antaa apua henkilölle tämän vapaaehtoisesta ja kompetentista pyynnöstä itsemurhan suorittamiseksi antamalla lääkkeitä yms henkilön käyttöön, jotta tämä voi ne itse ottaa. Avustettu itsemurha = kuka tahansa tekee vastaavaa toimintaa.	Palliativinen hoito = potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, kun <i>parantumaton</i> , kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja/tai hänen läheisilleen kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatua. Tavoitteena on vaalia potilaan ja läheisten elämänlaatua ja lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä.
Kuolinapu : tätä termiä käytetään usein merkitsemään eutanasia tai avustettua itsemurhaa. Termiä ei tulisi käyttää lainkaan, sillä sisältöä ei määritelty ja sanan käyttö johtaa väärinymmärryksiin.	DN(A)R = do not (attempt) to resuscitate, ei elvytetä sydänpysäyksen tai hengityksenn loppumisen yhteydessä. Liittyy aina saattohoitoon, mutta ei ole hoitolinjapäätös,
Passiivinen eutanasia : tätä termiä ei tulisi käyttää. Eutanasia on aina aktiivista toimintaa.	Palliativinen sedaatio = potilaan tajunnan tason tietoista alentamista lääkkein lievittämään sietämätöntä kärsimystä elämän viimeisillä päivillä



Kuva 1. Palliativisen hoidon ja saattohoidon (elämän loppuvaiheen hoidon) suhde.

Eutanasian toteutuminen kansainvälisesti

Eutanasialla pyritään yksilön kärsimyksen lopettamiseen surmaamalla hänet asianomaisen pyynnöstä. Pisin kokemus laillistetusta eutanasiasta laskimoon annetuilla lääkkeillä on kertynyt Benelux-maissa. Hollannissa eutanasia on ollut mahdollista vuodesta 2002 lähtien. Benelux-maiden kaltainen praktiikka laillistettiin myös Australiassa 1995, mutta laki peruttiin jo 1996 väärinkäyttöongelmien takia. Viktorian osavaltiossa Australiassa lääkäriavusteinen itsemurha laillistettiin uudestaan 2017. Kanadassa lääkäri/hoitaja-avusteinen itsemurha on ollut sallittua – ensin Quebecissä 2014 ja sitten koko federaatiossa 2016 lähtien. Poiketen muista maista, Kanadassa lääkäri *tai* sairaanhoitaja voi annostella letaalin annoksen lääkettä, kun potilas ei siihen itse kykene. Sveitsissä ja USA:n eräissä osavaltiossa (Oregon, Washington, Montana, Vermont ja California) sallitaan lääkäri-avusteinen itsemurha, jossa lääkäri voi määrätä kuoleman aiheuttavia lääkkeitä potilaalle tämän itsensä nautittavaksi. Hollannissa on perustettu kiertäviä eutanasiayksiköjä, jotka tulevat suorittamaan eutanasian. Suurimmassa osassa maailmaa eutanasia ei ole sallittua vaan rangaistava rikos (kuva 2).



Kuva 2. Eutanasian ja avustetun itsemurhan laillisuus eri puolilla maailmaa.

Eutanasiaan ja lääkäriavusteiseen itsemurhaan liittyviä ongelmia

1. Komplikaatiot.

Komplikaatioita on raportoitu lääkäriavusteisessa kuolemassa 7 % ja eutanasiassa 3 %. Komplikaatioita ovat olleet mm. laskimoyhteyden löytämisen vaikeus, kouristukset ja oksentaminen toimenpiteen yhteydessä. Lisäksi raportoitu pitkittynyttä kuolemaa jopa 16 % lääkäriavusteisessa itsemurhassa ja 6 % eutanasiassa. Oregonin osavaltion lääkäriavusteisen itsemurhien pitkäaikaisseurannassa tajuttomuus seurasi 1-38 min kuluessa ja kuolema 1-6240 min kuluessa letaalin lääkeannoksen ottamisesta. Oregonissa on kuvattu potilas, joka meni tajuttomaksi 25 min kuluttua letaalista lääkeannoksesta, tuli tajuihinsa 65 h kuluttua ja kuoli lopulta sairauteensa 14 päivää myöhemmin. Lääkäriavusteinen kuolema tai eutanasia eivät välttämättä takaa ”nopeaa ja hyvää kuolemaa”, vaan molempiin menetelmiin voi liittyä komplikaatioita.

2. Lääkkeiden käyttö.

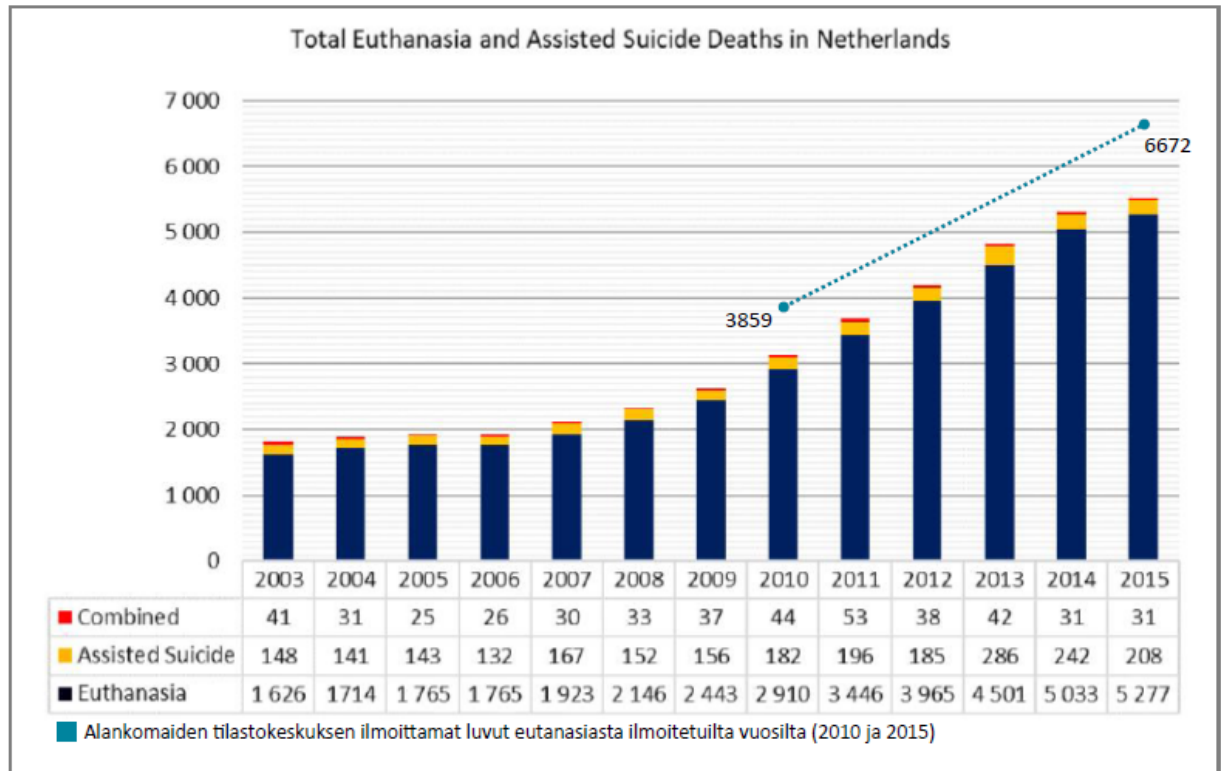
Benelux-maiden eutanasiakäytännössä potilaalle indusoidaan tajuttomuus letaaleilla barbituraatti tai propofoli –annoksilla ja hengittämättömyys poikkijuovaisten lihasten toiminnan lamauttavilla lihasrelaksanteilla. Lisäksi voidaan antaa opioideja, mutta sillä ei tulisi yrittää surmata potilasta. Lääkkeiden annostelu on raporttien mukaan varsin kirjavaa ja toistuvien tutkimusraporttien mukaan osalle potilaista saa vain relaksantia mutta ei sedatoivaa lääkettä. Jos se pitää paikkansa, potilas voi kuolla tukehtumisen tunteeseen.

3. Kärsimyksen arviointi.

Ei ole olemassa yksiselitteistä menetelmää, jolla toisen ihmisen kärsimys määritellään niin sietämättömäksi, että hänet voidaan surmata.

4. ”Kaltevan pinnan ongelma”

Benelux-maissa eutanasioiden määrä kasvaa (kuva 3) ja tätä nykyä eutanasian osuus kaikista kuolemista on n. 3-5 % tietolähteestä riippuen. Eutanasia on laajennettu koskemaan myös lapsia ja psykiatrisesti sairaita. Lisäksi näissä maissa keskustellaan siitä, tulisiko eutanasia olla tarjolla niillekin, jotka ovat vain ”väsyneet elämään” (*tired of living*). On arvioitu, että Hollannissa 25 % ja Belgiassa jopa 50 % eutanasioista jää raportoimatta. Hollannissa on havaittu että eutanasian määrien lisääntymisen myötä myös palliatiivisen sedaation käyttö on yleistynyt; tämä voi merkitä sedaatio-indikaation löystymistä ja sitä, että eutanasiaa on toteutettu sedaation nimellä.



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.consciencelaws.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 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>

Kuva 3. Eutanasian ja lääkäriavusteisen kasvu Alankomaissa.

5. Koulutus.

Eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan laillistaneissa maissa eutanasiaa suorittavilta lääkäreiltä ei ole vaadittu erityiskoulutusta eutanasiatarpeen arviointiin eikä eutanasian suorittamiseen. Eutanasiaa ei määritetä lääketieteelliseksi toimenpiteeksi (*medical act*). Kanadassa eutanasian voikin suorittaa myös sairaanhoitaja. Hollannin lääkäriliitto on julkaissut ohjeet eutanasian suorittamisesta ja potilaan arvioinnista. Käytännön ohjeissa neuvotaan mm lääkkeiden letaaleista annoksista, epätarkkoja neuvoja injektionopeudesta (liian hitaan ruiskutuksen seurauksena tajuttomuutta ei välttämättä saavutetakaan) ja potilasta riittävän pitkstä seurannasta (letaalien lääkeannosten jälkeen sydämen syke voi tuntua jopa 20 min ajan). 1990-luvun loppupuolelta lähtien lääkärit Hollannissa ovat voineet osallistua kurssimuotoiseen SCEN-

koulutukseen (Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands), jossa käsitellään eutanasiaa ja lääkäriavusteista itsemurhaa. Näiden kurssien tarkka sisältö ei ole tiedossa.

Hollannin lääketieteellisissä tiedekunnissa tiettävästi annetaan opetusta anesteettien (barbituraatit, propofoli) ja lihasrelaksanttien letaalien annosten valinnassa, ainakin Erasmus yliopistossa järjestetään eutanasia-kursseja juristeille ja lääkäreille ja tiedekuntien opetusohjelmiin (mm Amsterdamin vapaa yliopisto) maassa kuuluu kurssimuotoista opetusta eutanasiasta. Skotlannissa on esitetty kuitenkin huoli siitä, miten surmaamista voitaisiin opettaa osana lääketiedettä.

Suomessa lääkärin koulutukseen ei kuulu opetusta ”miten eutanasia suoritetaan” tai ”miten eutanasiaa toivovaa arvioidaan”. Anestesiologian ja farmakologian oppiaineissa kyllä opetetaan esimerkiksi anesteettien ja lihasrelaksanttien *turvallista* käyttöä. Palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys koulutukseen ei liioin sisälly eutanasian tekniikkaa. Kun palliatiivisen lääketieteen opetusta jotakuinkin riittävällä tasolla annetaan **vain** Helsingin ja Tampereen lääketieteellisissä tiedekunnissa, pidän mahdottomana sisällyttää jo nyt laajaan lääkärin peruskoulutukseen eutanasia-opetusta ilman, että jotakin nykyopetuksesta karsittaisiin. Sama huoli opetuksen suhteen koskee myös sairaanhoitajien AMK-koulutusta, jossa siinäkin palliatiivisen hoidon osuus täysin riittämätöntä Suomessa.

6. Eutanasian vaikutus lääkäreihin.

Käytettävissä olevan varsin niukan tutkimustiedon valossa eutanasian suorittaminen vaikuttaa lääkäriin. Lääkärit kokevat merkittävää jännitystä ja ahdistuneisuutta ennen eutanasiaa. Toimenpiteen jälkeiset tunnereaktiot vaihtelevat lohdutuksesta masennukseen. Erää tutkimuksen mukaan 42 % lääkäreistä koki tunne-elämässään vaikeuksia suorittamansa eutanasian jälkeen.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon mahdollisuudet

Eutanasiassa pyritään lopettamaan yksilön kärsimys surmaamalla hänet. Lakialoitteessa on aivan oikein nostettu esiin huoli riittämättömästä oireiden lievittämisestä ja ihmisarvoa loukkaavasta kohtelusta elämän loppuvaiheessa sekä epäily saattohoidon mahdollisuuksista auttaa kaikkia kuolevia potilaita. Filosofisesti eutanasian lähtökohtana voidaan pitää kahta syytä, miksi tri Postma auttoi vaimoaan surmaamaan syöpäsairaudesta kärsineen äitinsä 1973: 1) ”kun en muuta voinut” ja 2) (potilaan) täydellisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Useiden tutkimusten ja käytännön kokemuksen mukaan kärsimystä tätä nykyä voidaan ehkäistä ja lievittää varhaisen palliatiivisen hoidon ja psykososiaalisen tuen keinoin erinomaisesti. Elämän loppuvaiheen kärsimystä voidaan varsin tehokkaasti hoitaa kokonaisvaltaisessa saattohoidossa, jossa psykososiaaliseen tukeen yhdistyy lääketieteelliset erikoistekniikat. Jälkimmäisiin kuuluu mm lääkkeiden ihonalainen kestoinfuusio, spinaalinen analgesia, neurokirurgiset tekniikat ja palliatiivinen sedaatio. Palliatiivista hoitoa kehitetään jatkuvasti. Eräs uusista menetelmistä on arvokkuushoito (dignity therapy), jonka on osoitettu tukevan potilaan ihmisarvoa ja vähentävän merkittävästi ahdistuneisuutta. Tätä ja palliatiivista fysioterapiaa ollaan vasta ottamassa käyttöön Suomessa. Maassamme on kehitetty palliatiivisen hoidon porrastusta hoidon vaatavuustason mukaan. Tästä kehityksestä tulisi huolehtia resurssin kannalta SOTE-uudistuksessa maakunnallisella ja valtakunnallisella tasolla. Suomessa tarvitaan myös resurssointia

palliativisen lääketieteen ja hoidon opetukseen. Kaikkiin lääketieteellisiin tiedekuntiin tulisi esimerkiksi perustaa professuurit palliativiseen lääketieteeseen.

Kansainvälisten palliativisen lääketieteen ja hoidon asiantuntijoiden ja toimijoiden mukaan **eutanasia ei kuulu palliativiseen hoitoon** (Taulukko 2). Suomalaisen tutkimuksen mukaan kuolevia potilaita hoitaneista kokeneista erikoislääkäreistä vain 17 % kannattaa eutanasian laillistamista mutta 71 % toivoisi lakia saattohoidosta.

Lukuisissa henkilökohtaisesti käymissäni keskusteluissa arvovaltaisten asiantuntijoiden kanssa Kiinassa, Malesiassa, Etelä-Koreassa, Hong Kongissa, Arabiemiirikunnissa, Omanissa, Kuwaitissa, Kolumbiassa ja Tansaniassa vuosina 2014-17 on tullut selkeästi esiin, ettei eutanasia herätä innostunutta keskustelua. Sen sijaan näissä maissa kehitetään aktiivisesti ja pontevasti elämän loppuvaiheen hoitoa. Esimerkiksi Afrikassa 2004 perustetun Afrikan Palliativisen hoidon yhdistyksen (African Palliative Care Association, APCA) toimesta useissa Afrikan maissa on ryhdytty kehittämään palliativista hoitoa ja lisäämään sen saatavuutta. Tähän liittyen Tansaniassa julkaistiin palliativisen hoidon kansallinen ohjelma 2016. Selkeästi nopeaan tahtiin kehittyvissä yhteiskunnissa vallitseva trendi on intensiivisesti kehittää saattohoitoa – ei ajaa eutanasian agenda. Tästä johtopäätöksenä voitaneen sanoa, että Benelux-maiden kaltainen käytäntö ei ole merkki dynaamisesti kehittyvistä valtiosta.

Taulukko 2. Palliativisen hoidon organisaation kantoja eutanasiaan.

Organisaatio	Suhde eutanasiaan	Kannanottoja
EAPC (European Association of Palliative Care)	Eutanasia ei kuulu palliativiseen hoitoon	Palliativisen hoidon saatavuuden huolehtiminen ensisijaista
APCA (African Palliative Care Association)	Ei kannanottoa	Ei pohdintaa
IAHPC (International Association for Hospice and Palliative Care)	Eutanasia ei kuulu palliativiseen hoitoon	Eutanasia/lääkäriavusteinen itsemurha heikentää luottamusta lääkäreihin ja palliativiseen hoitoon
National Council for Palliative Care (UK)	Lääkäriavusteinen itsemurha ei kuulu palliativiseen hoitoon	Palliativisen hoidon saatavuus ja laatu tärkeintä

Johtopäätökset

Vain muutamissa maailman valtioissa eutanasia tai lääkäriavusteinen itsemurha ovat tätä nykyä sallittuja. Suurimmassa osassa maailmaa eutanasia on rikos. Eutanasia ei ole lääketieteellinen toimenpide. Kansainväliset kokemukset laillistetusta eutanasiasta ja lääkäriavusteisesta itsemurhasta ovat huolestuttavia. Eutanasiaan liittyy sekä teknisiä että eettisiä ongelmia. Ihmisyyden kannalta eutanasian laajentuminen vähäosaisiin ja potilaan tahdosta riippumattomaksi on surullinen trendi, jota ei toivoisi nähtävän Suomessa. Lakialoitteen sisältö on määritelty epätarkasti, eikä aloitteen perusteella mielestäni asian käsittelyä tulisi jatkaa. Aloitteessa esimerkiksi kivunhoito on nähty väärin kapea-alaisesti ”lääketieteellisenä ongelmana”. Suomeen ei tulisi säätää aloitteen mukaista lakia. Eutanasia ei kuulu palliatiiviseen hoitoon, jota tulisi kehittää kaikin tavoin Suomessa. Tieteellisen tutkimuksen ja käytännön kokemuksen perusteella parhaiten ihmisen kärsimystä voidaan lievittää kokonaisvaltaisella saattohoidolla. Mielestäni saattohoidon saatavuutta ja kehittämistä tulisi ohjata lainsäädännön keinoin. Mahdolliseen palliatiivisen hoidon lakiin ei tule liittää eutanasian ulottuvuutta.

Viitteet

Blanke C, et al. Characterizing 18 Years of the Death With Dignity Act in Oregon. JAMA Oncol. 2017;3(10):1403-1406.

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.

Haverkate I et al. The emotional impact on physicians of hastening the death of a patient. Med J Aust. 2001;175(10):519-22.

Jansen-van der Weide C et al. Implementation of the project ‘Support and Consultation on Euthanasia in The Netherlands’ (SCEN). Health Policy 2004; 69: 365–373

Grewal et al. Licensed to Kill – The Impact of Legalising Euthanasia and Physician Assisted Suicide on the Training of UK Medical Students. Scottish Universities Medical Journal 2012; 1: 6-13

Groenewoud JH et al. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. NEJM 2000; 342: 551-6

Knmg/knmp: Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide, 4th edition, 2007.

van Marwijk H1, et al. Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands. Palliat Med. 2007;21(7):609-14.

Mäki K. Elämän lopun hoidon ja toimenpiteiden terminologiaa. www.laakariliitto.fi/etiikka

Rurup ML et al. When being 'tired of living' plays an important role in a request for euthanasia or physician-assisted suicide: patient characteristics and the physician's decision. Health Policy. 2005;74(2):157-66.

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.

WHO Atlas of Palliative Care 2014

