

Juha Hänninen

Kuolinapu

Käsitteelle kuolinapu on tavanomaisessa kielenkäytössä käytetty rinnasteisena eutanasiaa tai armokuolemaa. Lääkäriliiton kyselyssä kuolinavusta syksyllä 2016 kuolinavun käsite jaettiin kahteen osaan. Aktiivisella kuolinavulla tarkoitettiin eutanasiaa, ja muu kuolinavun käyttö viittasi lääkärin työn käytäntöihin, joissa lääkärin päämääränä ei suoranaisesti ole kuoleman tuottaminen, vaikka kuolema mahdollisesti nopeutuu hoitotoimen tai hoidon lopettamisen seurauksena. Sen lisäksi potilaan itsensä aiheuttamaa omaa kuolemaa ajateltiin kuuluvaksi jonnekin välimaastoon (itsemurha, avustettu itsemurha). Eutanasia määritellään aktiiviseksi elämän päättäväksi lääkärin suorittamaksi teoksi.

Kysely ja sen jälkeinen seminaari Säätytalolla (6.10.2016) aiheuttivat lääkärikunnassa hämmennystä ja myös pahaa mieltä. Osa lääkäreistä näki puheen kuolinavusta kätkeytyneenä eutanasian edistämisenä, vaikka Lääkäriliitto selkeästi sanoutui irti eutanasiasta.

Kuolinapu erotuksena aktiivisesta eutanasiasta voidaan määritellä sellaiseksi lääkärin toiminnaksi, joka sananmukaisesti auttaa potilasta, kun tämä on kuolemassa. Se pitää sisällään hyvän oirehoidon siten, että kun potilas kärsii, lääkitystä säädetään pikemmin asteikon yläkuin alapäähän. Kyse ei ole siitä, että lääkkeen annossa oltaisiin piittaamattomia lääkkeiden haittavaikutuksista tai annostuksesta. Kyse on humanista ajattelusta viime hetkien kärsimysten minimoimiseksi.

Neste- tai ravitsemushoidon käyttö elämän lopulla on myös harkittava potilaan edun mu-

kaiseksi. Usein suonensisäinen nesteytys johtaa liman erityksen lisääntymiseen ja turvotuksiin, ja sen vaikutus janon tunteeseen on vähäinen. Puhe ”elämää ylläpitävästä hoidosta” on synnyttänyt ajatuksen siitä, että kuolema näillä keinoilla olisi siirrettävissä. Joskus se voi olla-kin – muutamalla päivällä. Potilaan edun mukaista on kuitenkin, että lääkäri pohtii yhdessä potilaan kanssa, millä hinnalla tämä tapahtuu. Kuoleamisen helpottaminen tai kuolinapu tässä tilanteessa voivat olla sitä, ettei potilaan tarvitse kuolla koristen ja turvonneena.

Lääkäriavusteinen kuoleman tuottaminen, jossa lääkäri antaa tai toimittaa potilaalle välineet (lääkkeen) potilaan itsensä surmaamiseen, on eettisesti vaikeampi kysymys. Tosin suu-

rella osalla kuolevista potilaista on jo kotonaan lääkkeet elämänsä päättämiseen. Kyse on ehkä enemmän kuoleman tuottamisen ohjeistamisesta.

Kuoleman aktiivista tuottamista ei voida pitää normaalina lääkärin työnä, vaan siitä tulee säätää erillisellä lainsäädännöllä. Syksyn 2016 aikana on kerätty vaadittava 50 000 nimeä kansalaisaloitteeseen eutanasian laillistamiseksi. Asia tulee ilmeisimmin eduskuntakäsittelyyn vuonna 2017. Lääkärikunnan tulee keskustella mahdollisen eutanasiain vaikutuksista lääkärintyöhön.

Kuoleman tuottamista voidaan aina pitää poikkeuksena elämää kunnioittavasta ja elämää ylläpitävästä lääkärintyöstä. Joskus elämä on sietämätöntä kuolemaan johtavan sairauden aiheuttamien oireiden ja muun kärsimyksen vuoksi. Mitä lääkäri voi tässä tilanteessa tehdä?

Kuoleman aktiivista tuottamista ei voida pitää normaalina lääkärin työnä.



Inhimillinen epätoivo sietämättömässä tilanteessa vaatii lääkäriltä toimia. Oireiden hoito, tuki, psyykinen apu ja perheen ja muiden läheisten auttaminen ovat ensisijaisia. Entä jos nämä eivät riitä? Joku voi sanoa, ettei sietämättömyyttä kuolinhalua synnyttävää kärsimystä ole. Väitetään, että kaikkiin kärsimyksiin on olemassa apu tai ratkaisu. Voidaan ainakin kuvitella tilanne, jossa kaiken suurella ammattitaidolla ja empatialla annetun avun jälkeen kärsimys ei poistu ja ihminen haluaa kuolla ja lääkärikin näkee, että ainoastaan kuolema voi tätä ihmistä auttaa. Kaikki toivovat kuoleman päättävän ihmisparan kärsimykset mahdollisimman nopeasti. Onko silloin eettisesti oikein odottaa luonnollisen kuoleman tuloa?

On tietenkin mahdollista ajatella, että kärsimys kuuluu elämään ja kaikkea kärsimystä ei voi poistaa. Voidaan myös ajatella, että kuoleman tuottaminen tai nopeuttaminen ei ole lääkärin tehtävä. Usein kärsivä ja kuoleva ja se henkilö, joka kärsimyksen lievityksestä vastaakin, katsovat asiaa hyvin erilaisista näkökulmista. Kärsivällä ihmisellä ei ole asiaan periaatteellista kantaa, vaan hän kokee omassa ruumiissaan ja sielussaan sen tuskan, jonka sairaus aiheuttaa. Meillä lääkäreinä on mahdollisuus ottaa asioihin periaatteellinen ja teoreettinen kanta. Voidaan ajatella ammatillisesti, että ei ole minun ammattietiikkani mukaista toimia noin. Kuoleva ihminen itse ei voi asettua kärsimyksensä ulkopuolelle ja tarkastella asioita kliinisenä ongelmana.

En saattohoitolääkärinäkin toimiessani toivo, että potilaani kuolisivat. Usein kuolema on epäoikeudenmukainen ja tulee ”väärään aikaan väärälle henkilölle”. Jos voisin, pelastaisin

kaikki elämään. Voin kuitenkin vain tuoda lievitystä, lohtua ja tukea. Jos ei ole mahdollista näillä tavoin lievittää sietämättömyyttä kärsimystä ja ihminen haluaa kuolla, minusta hänellä tulisi olla siihen oikeus ja oikeus saada myös tarvitsemaansa apua siihen. Kuolinapua.

Lääkärikunta on keskeisessä asemassa, mikäli eutanasia laki toteutuu. Lääkäri voi toimia joko kuolettavan injektion antajana tai antamalla lääkkeet potilaan käyttöön mahdollistaen tämän itsemurhan. Tästä ei kuitenkaan tule seurata ehdotonta velvoitetta lääkärille toimia, mikäli hän oman vakaumuksensa mukaan ei eutanasiaa voi toteuttaa. Tämä on käytäntö Belgiassa. Tuolloin potilas tulee riittävän ajoissa ohjata lääkärille, joka eutanasian voi toteuttaa. Ei ole toivottavaa, että käytäntö kulkisi kohti Hollannin tapaista eutanasiaklinikkaa. Elämän lopun kaikkien ratkaisujen tulisi perustua potilaan ja lääkärin väliseen luottamukselliseen hoitosuhteeseen. ■



JUHA HÄNNINEN, LL, yllääkäri,
palliativinen erityispätevyys
Terhokoti

SIDONNAISUUDET

Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Kyowa Kirin),
luentopalkkio (Roche, Mundipharma, Kyowa Kirin, Amgen)