

Eutanasia

Käytännön kliinisessä työssä joudutaan kohtaamaan moraalinen dilemma: onko parempi surmata aktiivisesti potilas vai antaa hänen kuolla hitaammin luonnonmukaisesti? Edelliseen voidaan ajatella kuuluvan vähemmän kärsimystä kuin hitaaseen ja mahdollisesti kärsimyksen täyteiseen kuolemaan. Eräässä tutkimuksessa kysyttiin kuolemantoiveista potilailta, joilla oli odotettavissa elinaikaa enää alle kuusi kuukautta. Halu kuolla liittyi toivottomuuteen ja masenukseen sekä fyysisiin oireisiin. Kuoleman läheisyys tai tautiin suuntautuvien hoitojen päättyminen ei ollut merkityksellinen selittävä tekijä. Keskeinen ongelma eutanasian suhteen onkin sen määrittäminen, millainen kärsimys on kestävä. Haluun kuolla liittyvät vahvimmin toistuva toivottomuuden tunne ja depressiivisyys. Yhteiskunnallisen muutoksen myötä halu hallintaan ja itsemääräämiseen on liittynyt yhä vahvemmin haluun päättää omasta kuolemastaan. Eutanasiaa on toteutettu kolmessa Euroopan maassa, ja keskustelua eutanasiainsäädännöstä on käyty monissa maissa. Käytännössä nimenomaan rappeuttavia ja pitkäaikaisia neurologisia sairauksia potevat kokevat avuttomuuden ja kyvyttömyyden taakaksi. Kärsimyksen ulottuvuudet muuttuvat ajan myötä, ja pysyvän ohjeiston tekeminen eutanasiaa varten on juuri tästä syystä vaikeaa.

Kreikankielisen alkuperänsä mukaan sana eutanasia tarkoittaa hyvää kuolemaa. Nykyisin eutanasiaksi kutsutaan aktiivista toisen ihmisen elämän päättämistä tämän omasta pyynnöstä. Elämän lopettamiseen liitetään lisäksi ajatukset kuolemaan johtavasta sairaudesta ja potilaan kestävästä kärsimyksestä. Toisaalta Yhdysvalloissa avustetun itsemurhan

yhteydessä kärsimyksen käsite ei ole niinkään keskeinen. Tärkeämpi on ajatus itsemääräämisoikeudesta ja oman kuoleman hallinnasta. Tämä kuvastaa myös kuolemaan liittyvien seikkojen kulttuurista sidonnaisuutta.

Toisinaan keskustelussa käytetty termi tahdonvastainen eutanasia on käsitteellinen ongelma ja tarkoittaa itse asiassa joko tappoa tai murhaa. Tahdottomalla eutanasialla eräät kirjoittajat tarkoittavat sellaisten potilaiden surmaamista, jotka itse eivät kykene esittämään tätä koskevaa pyyntöä. Tällaisia ovat esimerkiksi vuodeosastojen pitkäaikaispotilaat (vegetatiivinen tila, loppuvaiheen dementia jne.). Koska eutanasia aina tarkoittaa, että jotain tehdään kuoleman jouduttamiseksi, tahdottomassa eutanasiassakin potilaan elämä lopetetaan aktiivisella toimella (antamalla kuolettavaa lääkettä). Hollannissa tällaisten kuolemien osuus kaikista kuolemista oli 0,8 % vuonna 1990 ja 0,4 % vuonna 2005. Näissä tapauksissa oli useimmiten kyse kuoleman nopeutumisesta elämän lopulla käyttämällä suuria oirelääkityksiä. Käsite tahdonvastainen eutanasia on epälooginen.

Epäsuoralla ja passiivisella eutanasialla tarkoitetaan usein jossain määrin samantyyppisiä tilanteita. Ensin mainitulla on tarkoitettu lääkkeiden antamista muussa tarkoituksessa kuin kuoleman jouduttamiseksi. Tuolloin esimerkiksi potilaan kipuun annetaan lääkettä, jonka vaikutuksesta potilas kuolee. Kuolema voi olla vahinko, tarkoituksellinen tai indifferenti. Jos kuolema tapahtuu kipulääkityksen seurauksena ilman, että sitä olisi tarkoitettu tai ajateltu mahdolliseksi hyväksyttäväksi haittavaikutukseksi, kyseessä on tietämättömyys ja laiminlyönti. Jos suhde kuolemaan on sellainen, että

► Katso myös Kaija Saarelman pääkirjoitus Pitäisikö eutanasiainsäädäntöä muuttaa Suomesakin? sivulla 750.

kuoleman mahdollisuus otetaan huomioon mutta potilaan kivut vaativat intensiivistä lääkehoitoa, voidaan suhteen katsoa olevan indifferentti. Tuolloin tarkoitus on lievittää kipua kuoleman uhallakin.

Termillä passiivinen eutanasia saatetaan tarkoittaa erilaisia toimia. Käsitteenä se on yhtä ristiriitainen kuin edellisetkin. Passiivisuuden yhdistäminen teon aktiivisuuteen (eutanasia määritellään aktiiviseksi teoksi) on epäloogista. Useimmiten tarkoitetaan jonkin hoidon antamatta jättöä tai jo aloitetun hoidon lopettamista. Mikäli kyseessä on hoito, jolle on lääketieteelliset aiheet ja potilas hyötyisi siitä, on hoidon antamatta jättö tai lopettaminen laiminlyönti tai heitteillejättö. Passiivisesta eutanasiasta käytetään usein keskustelussa ilmauksia ”annetaan potilaan kuolla” tai ”jätetään potilas kuolemaan”.

Puhuttaessa hoidon lopettamisesta tai aloittamatta jättämisestä on toisaalta vaikea erottaa teon tarkoitusta tai perustetta ja seuraamusta. On ongelmallista väittää, etteikö hengityskoneesta irrottaminen olisi aktiivinen teko, jonka seurauksena potilas kuolee. Näissä tilanteissa lääkäri ja potilas sekä läheiset joutuvat ottamaan kantaa potilaan elämän arvoon tälle itselleen. Tuolloinkin lääkärin on päätöksessään nojattava siihen, mikä on potilaan edun mukaista. Toisaalta lääketieteellisesti aktiivinen toimi on se, joka ylläpitää elämää. Lääketieteellisestä interventioista luopuminen tilanteessa, jossa se ei hyödytä potilasta, eroaa periaatteellisesti toimenpiteestä, jossa potilaan edun mukaiseksi nähdään kuoleman tuottaminen.

Käytännön kliinisessä työssä joudutaan kohtaamaan moraalinen dilemma: onko parempi aktiivisesti surmata potilas vai antaa hänen kuolla hitaammin luonnonmukaisesti? Edelliseen voidaan ajatella kuuluvan vähemmän kärsimystä kuin hitaaseen, mahdollisesti kärsimyksentäyteiseen kuolemaan. Kuitenkin kokonaiskärsimyksen mittaaminen näissä tapauksissa on vaikeaa, ja lääkärin (sekä hoitajan) tulisi kyetä selvittämään ja ymmärtämään, mikä kullekin potilaille on pahin kärsimystä aiheuttava asia. Jos potilas haluaa ehdottomasti kuolla, ei elämän loppun hyvä hoito häntä auta.

Elämän ja kuoleman merkityksestä

Kuoleman paikka kulttuurissa on vaihteleva. Aiemmin kuolema nähtiin kuuluvaksi lähinnä uskonnon piiriin ja auktoriteetin kuolemaa koskettavissa kysymyksissä muodosti papisto. Lääketieteen merkitys kuolemassa liittyi sairaalalaitoksen syntyyn. Nyt kun kuoleminen usein on pitkittynyttä osin lääketieteen edistymisen seurauksena osin yleisen hyvinvoinnin johdosta, itse kustakin on tullut oman elämänsä ja kuolemansa auktoriteetti (minä itse).

Ihminen haluaa itse päättää, millainen elämän loppu on. Tämä on antanut uudenlaisen keskustelu ympäristön myös eutanasiapuheille. Toisaalta myös halu saada palliatiivista ja saattohoitoa on kasvanut. Halutaan laskea terapeuttinen esirippu kuoleman eteen ja tehdä siitä rauhallinen ja seesteinen.

Eutanasiasta käytävässä keskustelussa on usein puhuttu armomurhasta tai armokuolemasta. Teon motiiviksi on nähty myötätunto ja kärsimyksen välttäminen. On katsottu olevan hyväksyttyä lievittää inhimillistä kärsimystä elämää lyhentämällä, kun muita keinoja ei ole käytettävissä. Kuitenkin tilanne on subjektiivinen, ja objektiivisten ja selkeiden perustelujen löytäminen elämän loppua koskeville hoitopäätöksille on osoittautunut vaikeaksi. Päätösten perusteluissa on nähty epäyhtenäisyyttä (Penttilä ja Alakokko 2002), ja lääkärin ominaisuuksien ja kokemuksen on katsottu vaikuttavan päätöksiin (Hinkka 2001). Samaten on havaittu suurta vaihtelua siinä, kuinka paljon potilaiden ja omaisten kanssa keskustellaan elämän loppua koskevista päätöksistä (van der Heide ym. 2003).

Muutos ja kärsimys ovat väistämätön osa elämää ja kuolemaa. Kuolemaa ilman kärsimystä ei ole. Myös traumaattiseen äkilliseen kuolemaan liittyy aina jonkun kärsimys. Ongelmaksi hoidossa saattaa muodostua se, ettei hoitava henkilö havaitse tai osaa tulkita toisen ihmisen kärsimystä.

Toinen tapa nähdä asia on lähteä siitä, että ”kuolema on äärimmäisin kipulääke” (Grayling 2005). Kuolema on tuolloin ratkaisu ongelmaan ja ongelma on ihmisen kärsimys. Ihmisellä katsotaan olevan oikeus päättää omas-

ta kuolemastaan, kun elämä ei enää tunnu olevan elämisen arvoista. Näkemyksen mukaan elämällä tulee olla tietty laatu, jotta se voisi olla mielekästä. Elämä sinänsä ei ole automaattisesti hyvää. On itse kunkin päätettävissä, missä elämänlaadun minimiraja kulkee.

Chaplen ym. (2006) kvalitatiivisessa tutkimuksessa selvitettiin, mitä piakkoin kuolevat potilaat ajattelevat eutanasiasta oma-kohtaisesti. Syiksi toivoa nopeutettua kuolemaa potilaat näkivät kivun, sen hoidon haittavaikutukset, pelot ja puutteet mahdollisuuksissa vaikuttaa hoitoratkaisuihin. Lisäksi halua kuolla lisäsivät kuolemat, joita potilas oli ollut todistamassa, kognitiivisten kykyjen heikkenemisen pelko ja tunne taakana olemisesta.

Rodinin ym. (2007) tutkimuksessa kysyttiin kuolemantoiveista potilailta, joilla oli odotettavissa elinaikaa enää alle kuusi kuukautta. Vastausten perusteella halu kuolla liittyi toivottomuuteen ja masennukseen sekä fyysisiin oireisiin. Kuoleman läheisyys tai taudin hoitojen päätyminen ei ollut merkityksellinen selittävä tekijä. Vaikka kyseisen aineiston potilaat kärsivät etäpesäkkeitä lähettäneestä syövästä, ainoastaan 2 % heistä ilmaisi toiveen nopeutusta kuolemasta. Kivulla ja elämän kokemisella tarpeettomaksi ja merkityksettömäksi (eksistentiaalisella kärsimyksellä) on havaittu olevan yhteys haluun kuolla (O'Mahony ym. 2010).

Toisinaan kärsimyksen virhetulkinnat ja siitä seuraava auttamiskyvyttömyys johtavat potilaan haluamaan kuolemaa. Joskus myös läheisten antaman tuen puute on kärsimyksen lähteenä. Myös avun vastaanottamisen vaikeus voi olla syynä siihen, että kärsimys näyttää lievittämättömältä. Yhteiskunnan muutos on vaikuttanut yksilöiden ja koko yhteisön eettisiin ja moraalisiin valintoihin, jotka liittyvät hoivan vastaanottamiseen ja auttamiseen (Hinkka 2001).



Kuva: iStock

Keskeinen eutanasiaan liittyvä ongelma onkin sen määrittäminen, millainen kärsimys on kestämatöntä (Mak ym. 2003). Tutkimuksissa kuolemantoiveeseen ovat liittyneet toistuvasti vahvimmin toivottomuuden tunne ja depressiivisyys (Mystakidou ym. 2007). Yksittäisistä elämänlaatua heikentävistä tekijöistä unen laatu on merkitsevä levinnyttä syöpää sairastavilla. Siihen liittyvät usein uupumus (fatigue), yleinen apatia ja voimattomuus. Lääkäreiltä ja koko hoitoyhteisöltä vaaditaan kykyä nähdä syvemmälle potilaan elämään ja kärsimykseen.

Eutanasiaan liittyy runsaasti käsitteellistä, moraalista, juridista ja käytännöllistäkin epäselvyyttä. Usein keskustelua sävyttävät dogmaattinen kiihkeys ja oikeassa olemisen varmuuden synnyttämä kannanottojen jäykkyys. Kannanottoja sävyttää milloin tieteellinen tai ammatillinen viitekehys, milloin uskonnollinen tai muu elämäntutkimuksellinen tausta. Suuri osa eutanasiaa koskevista artikkeleista käsittelee jakoa puolesta ja vastaan. Tätä keskustelun kaksijakoisuutta on oikeustieteilijöiden keskuudessa toisinaan pidetty ongelmallisena ja toivottu jyrkän dikotomisen suhtautumisen sijaan yhteiskunnallista sietämistä ilmentävää sääntelymallia mm. aktiiviseen eutanasiaan (Lahti 2005).

Eutanasiapohdinnat Suomessa

Potilaslaki antaa Suomessa potilaalle oikeuden pidättäytyä hänelle suunnitelluista tai jo

YDINASIAIAT

- ▶ Lääketieteellisestä interventiosta luopuminen tilanteessa, jossa se ei hyödytä potilasta, eroaa periaatteellisesti toimenpiteestä, jossa kuoleman tuottaminen nähdään potilaan edun mukaiseksi.
- ▶ Elämä sinänsä ei ole automaattisesti hyvää. On itse kunkin päätettävissä, missä elämänlaadun minimiraja kulkee.
- ▶ Kärsimyksen virhetulkinnat ja siitä seuraava kyvyttömyys auttaa johtavat potilaan haluamaan kuolemaa.
- ▶ Keskeinen ongelma eutanasian suhteen onkin sen määrittäminen, millainen kärsimys on kestävä tontä.
- ▶ Kuolemaa lähestyvät potilaat korostavat psykososiaalista kärsimystä, kun taas lääkärit katsovat fyysisen kärsimyksen tärkeämmäksi.

aloitetuista hoidoista. Se ei sisällä määräyksiä potilaan positiivisista oikeuksista hoidon suhteen. Lain mukaan potilas ei voi vaatia eutanasiaa sen enempiä kuin mitään tutkimustakaan. Autonomiata koskeissa keskusteluissa on tosin jopa esitetty, ettei potilas voi vaatia oman autonomisen olemassaolonsa lakkaamista vetoamalla tähän samaiseen itsemääräämisoikeuteen.

Lääkintöhallituksen vuonna 1982 antamia terminaalihoitojen ohjeita on pidetty merkkipaaluna elämän lopun hoitoa koskevien päätösten sääntelyssä. Ohjeista puuttuivat kuitenkin yksityiskohtaisemmat määritykset mm. hoitojen lopettamisesta sekä siitä, mitä koko terminaalihoitolla tarkoitettiin (Pahlan 2003). Rikoslakia uudistettaessa 1995 pyynnöstä surmaamista ei otettu uuteen lakiin vaan tilalle tuli surma-niminen rikos. Tietyissä tilanteissa katsottiin olevan kohtuutonta soveltaa tapon rangaistusasteikkoa. Tällaisena pidettiin mm. kuolemansairaana potilaan menettymisen jouduttamista. Eutanasiaa koskevia lakialoitteita tehtiin Suomessa vuonna 1996 kaksi. Ne eivät johtaneet lainmuutoksiin.

Eutanasia on aiemmin liittynyt ennen kaikkea ajatukseen toisen ihmisen kärsimyksen lopettamisesta lääketieteen avustuksella turvallisesti. Yhteiskunnallisen muutoksen myötä halu hallintaan ja itsemääräämiseen on liittynyt yhä vahvemmin haluun päättää omasta kuolemasta. Eutanasiaa on toteutettu kolmessa Euroopan maassa, ja keskustelua eutanasiainsäädännöstä on käyty monissa maissa. Suomessakin eduskunnan tulevaisuusvaliokunta esitti vuonna 2004, että suuntaus on kohti eutanasian laajempaa hyväksymistä. Valiokunnan mukaan Suomi seuraisi esimerkiksi 10–15 vuodessa.

Taloustutkimuksen kyselyssä v. 2004 myönteisesti eutanasiaan suhtautuvia oli suomalaisista 75 %. Kielteisesti suhtautui 17 % ja loput eivät vastanneet (Lahti 2005). Lääkäreistä puolestaan 8 % ilmoitti kyselyssä hyväksyvänsä eutanasian kivuliasta ja parantumaton syöpää sairastaville potilaille. Samassa kyselyssä lääkäreistä 20 % ilmoitti hyväksyvänsä avustetun itsemurhan (Ryynänen ja Myllykangas 2003).

Suomalaisille lääkäreille suunnatuissa kyselyissä vuosina 1993 ja 2003 (Louhiala ja Hilden 2006) asenteet eutanasiaa kohtaan eivät juuri olleet muuttuneet vaan pysyneet kielteisinä. Viimeisimmässä tutkimuksessa (Silvonien ym. 2010) 19 % suomalaisista yleislääkäreistä, sisätautilääkäreistä ja geriatreista (661 lääkäriä, vastausosuus 32 %) kannatti eutanasian laillistamista ja 17 % oli valmiita suorittamaan eutanasian, mikäli se olisi laillista. Samassa tutkimuksessa 96 % oli sitä mieltä, että hyvä palliatiivinen hoito vähentäisi eutanasian tarvetta. Toisaalta vain 5 % katsoi lääkäreiden palliatiivisen hoidon koulutuksen olevan tyydyttävällä tasolla.

Eutanasia juridisena ja eettisenä ongelmana

Eutanasia on tarkoituksellinen, aktiivinen toimi potilaan elämän lopettamiseksi. Se tehdään potilaan toistuvasta ja harkitusta pyynnöstä. Sitä edeltää potilaan sietämätön kärsimys ja parantumaton sairaus. Ennen eutanasiaa muut mahdollisuudet lievittää potilaan kärsimystä on mietitty ja käytetty. Käytännössä euta-

nasian suorittaa lääkäri, joka on konsultoinut riippumatonta toista lääkäriä ja tarvittaessa psykiatria. Eutanasiapyynnöt, päätöksenteko ja suoritus on tarkkaan dokumentoitava.

Millaiseen kärsimykseen yhteiskunnan tulisi vastata kuolemalla? Sellaiseenko, johon kärsivä ihminen sitä pyytää? Mitä ennako-ehtoja pyynnön tulisi täyttää? Hollannissa on puhuttu kärsimyksen riittävydestä. Useassa tapauksessa eutanasiaan ei ole ryhdytty, koska lääkärit ovat katsoneet kärsimyksen olevan liian vähäistä. Kuinka paljon tulee kärsiä, että saa kuolla? Voidaan pohtia myös kärsimyksen laatua. Riittääkö psyykinen kärsimys, vai tulee-ko mukana olla myös fyysistä? Kuinka lähellä tai kaukana kuoleman tulee olla, jotta saisi kuolinapua? Joissakin tapauksissa kuolinapu on liitetty vain pahanlaatuisiin, kuolemaan johtaviin tauteihin.

Jos ihminen kärsii muttei kykene pyytämään kuolinapua, onko hänellä oikeutta saada apua? Tai jos hänen katsotaan kärsivän eikä hän oletettavasti pyytäisi apua? Voidaanko kuolinapu rajata vain kompetentteihin ihmisiin, jotka ovat myös selvillä siitä, mitä haluavat eivätkä heitä sumenna omaisten tarpeet tai huoli yhteiskunnallisista säästöistä? Kuinka itsemääräämisoikeus tulisi toteuttaa elämän ja kuoleman kysymyksissä, kun potilailla ei ole mahdollisuutta tehdä vähäisempiäkään valintoja heitä itseään koskevissa asioissa?

Aiemmin eutanasiaa perusteltiin sietämättömällä kärsimyksellä ja kivulla. Nyt kun saattohoidon saatavuus on parantunut, on julkisuudessa sanottu, että saattohoito riittää yleensä syöpäpotilaille hyvin mutta eutanasiaa voisivat tarvita vaikeaa neurologista sairautta potevat. Kuolinapuakin rajataan yhä uudestaan maailman muuttuessa. Käytännössä nimenomaan rappeuttavia ja pitkäaikaisia neurologisia sairauksia potevat kokevat avuttomuuden ja kyvyttömyyden taakaksi. Kärsimyksen ulottuvuudet muuttuvat ajan myötä, ja pysyvän ohjeiston tekeminen eutanasiaa varten on juuri tästä syystä vaikeaa.

Monet eutanasiaa koskevat tutkimukset on tehty kyselyinä, jotka on suunnattu terveille. Kyselyjä on suunnattu harvemmin kuolemaa lähestyville potilaille, kuolemaa haluavista pu-

humattakaan. Makin ja Elwynin (2003) kvalitatiivisen tutkimuksen mukaan eutanasiaa toivoneilla terminaalista syöpää sairastavilla kuolemantoiveeseen liittyivät mm. pelot taudin etenemisestä, tulevaisuuden kauhuista ja siitä, ettei elämän lopun hyvä hoito toteudu, ja tunne irrallisuudesta. Kuolemantoiveet liittyivät lisäksi selkeästi potilaiden persoonallisuuteen ja aiempiin elämänvaiheisiin ja -kokemuksiin. Toiveet hyvästä hoidosta ja tunne kuulumisesta johonkin näyttäisivät olevan kuolemantoivetta vähentäviä tekijöitä.

Eutanasian perusteet

Eutanasia ei ole rangaistava teko Hollannissa (1985), Belgiassa (2002) ja Luxemburgissa (2008), mikäli siinä noudatetaan sovittua menettelyä. Näissä maissa painotetaan kärsimystä keskeisenä eutanasian oikeuttavana syynä. Yhdysvalloissa Oregonissa (1997) ja Washingtonissa (2009) on laadittu ”death with dignity act”. Sen mukaan potilailla on mahdollisuus saada lääkärinapua itsemurhan tekemisessä. Yhdysvalloissa korostetaan kärsimyksen sijaan itsemääräämisoikeutta ja vapautta valita.

Keskustelua lainsäädännöstä, joka sallisi eutanasian, on lisäksi käyty Britanniassa, Espanjassa, Ranskassa, Kolumbiassa ja Australiassa. Suomessa itsemurhassa avustaminen ei ole rikos (Pahlman 2003). Sveitsissä laki sallii itsemurhassa avustamisen, ellei siihen sisälly itsekkäitä motiiveja. Lääkärin asema on sama kuin muidenkin kansalaisten (Hurst ja Mauron 2003).

ALS-potilaisiin kohdistuneessa tutkimuksessa selvitettiin 203 potilaan kuolemaa Hollannissa. Näistä potilaista 35 valitsi eutanasian ja kuusi kuoli lääkärin avustamassa itsemurhassa (Veldink ym. 2002). Aineiston potilaista 17 % kuoli eutanasian seurauksena ja 3 % avustetussa itsemurhassa. Tutkijat eivät havainneet suurempaa kärsimystä tai huonompaa elämän lopun hoitoa niiden potilaiden tapauksissa, jotka päätyivät lääkärin avustamaan kuolemaan. Merkitsevimmät erot liittyivät potilaan uskonnollisuuteen (vähemmän eutanasiaa halunneita) ja kuolinpaikkaan

(kotikuolemien ryhmässä enemmän eutanasiaa toivoneita).

Hollannissa kuolemista 1,7 % oli eutanasia-kuolemia tai avustettuja itsemurhia vuonna 1990, 2,4 % vuonna 1995 ja 2,6 % vuonna 2001 (Rietjens ym. 2009). Osuus alkoi pienentyä vuonna 2005 (1,7 %). Valtaosa (77 %) näistä potilaista oli sairastanut levinnyttä syöpää. Suuressa osassa tapauksista oli kyse maha-suolikanavan syövästä tai keuhkosyövästä. Neljä yleisintä syytä kuolemantoiveen esittämiseen olivat kivun pelko (37 %), yleinen heikkeneminen (31 %), toivottomuus (22 %) ja hengenahdistus (15 %). Kivun osuus eutanasiapyynnöissä oli 25 vuoden aikana vähentynyt. Esitetystä eutanasiapyynnöstä hyväksyttiin 39 %. Valtaosan eutanasioista suoritti yleislääkäri (77 %). Hollannin käytännön mukaan ennen eutanasiaa on konsultoitava kollegaa. Noin 80 % konsultaatioista osoitettiin erityisille SCENin (Support and consultation for euthanasia in the Netherlands) lääkäreille (Buiting ym. 2009, Wesemael ym. 2009). Belgiassa vastaavia konsultaatioita hoitavat LEIFin (Life end information forum in Belgium) lääkärin.

Kysymys vastasyntyneiden lasten elämän aktiivisesta lopettamisesta herätti vilkkaan keskustelun. Niin sanotun Groeningenin ohjeiston mukaan (Verhagen ja Sauer 2005) vastasyntyneen lapsen elämän aktiivista lopettamista voidaan harkita, jos toiveita hengissä selviämisestä ei ole (esim. spina bifida) tai jos tila on erittäin huonoennusteinen ja vaatii tehohoitoa (vaikeat keskushermoston poikkeavuudet, erittäin vaikea hypoksia). Tällöin päätöksen tekee hoitava lääkäri yhdessä vastasyntyneen vanhempien kanssa. Vanhempien pyyntö ei ole lain mukaan pätevä. Eutanasian toteutus edellyttää, että päätöksen tekee ryhmä lääkäreitä, vanhemmat hyväksyvät päätöksen täysin ja potilaan ennuste ja tila on tarkoin

määritetty. Seitsemän vuoden aikana kuolinapua oli annettu 22 tapauksessa, ja kaikissa tapauksissa kyse oli spina bifidasta. Jatkokeskustelussa toisaalta väitettiin, että liki kaikki spina bifidaa potevat ovat hoidettavissa. Alkuperäisen artikkelin kirjoittajan mukaan osa ohjeistossa määritetyistä tiloista on toivottomia ja aiheuttaa kärsimystä. Hänen mukaansa näissä tilanteissa tehdään jo nykyään päätöksiä, jotka lopettavat elämän. Niitä vain ei kirjata päätöksinä.

Yleisesti eutanasian toteutumattomuuden syynä on ollut potilaan kuoleminen ennen eutanasiaa tai eutanasiasta päättämistä (Pasman ym. 2009). Lisäksi osa potilaista on perunut päätöksensä. Lääkäri on myös saattanut kieltäytyä eutanasiasta riittämättömien perusteiden vuoksi (12 %). Lääkärin kieltäytymisessä yhtenä perusteena on ollut, ettei kärsimys ole vaikuttanut sietämättömältä. Toisaalta potilaat ovat korostaneet psykososiaalista kärsimystä, kun taas lääkärit ovat katsoneet fyysisen kärsimyksen tärkeämmäksi.

Lopuksi

Eutanasian uhkakuvaksi esitetty vähittäinen liukuminen kohti eutanasian laajempaa käyttöä on ainakin hollantilaisten mukaan vältetty. Eutanasian käytännöistä tehdään Hollannissa säännöllisesti tutkimuksia. Toisaalta keskustelu vastasyntyneiden elämän aktiivisesta lopettamisesta on hankalasti sovitettavissa eutanasian periaatteisiin.

Eutanasian käsite ja sen sovellukset eivät ole yksiselitteisiä. On myös selkeästi tilanteita, joissa saattohoidolla ei voida lievittää potilaan kärsimystä. On syytä käydä vakavaa keskustelua eutanasian perusteista ja pohtia, onko esimerkiksi palliatiivinen sedaatio vaihtoehto eutanasialle. Ja onko niiden välinen raja lopulta veteen piirretty? ■

JUHA HÄNNINEN, LL, yllilääkäri
Terhokoti
Kuparitie 7, 00440 Helsinki

SIDONNAISUUDET
Ei sidonnaisuuksia.

KIRJALLISUUTTA

- Buiting H, van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, ym. Reporting of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands: descriptive study. *BMC Med Ethics* 2009;10:18.
- Chapple J, Ziebland S, McPherson A, Herxheimer A. What people close to death say about euthanasia and assisted suicide: a qualitative study. *J Med Ethics* 2006;32:706–10.
- Grayling AC. "Right to die". *BMJ* 2005; 330:799.
- Hinkka H. Decision-making in end-of-life care. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2001.
- Hurst S, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ* 2003; 326:271–3.
- Lahti R. Rikos, rangaistus ja prosessi. *Juhlajulkaisu 15*. Turku: Turun yliopisto 2005.
- Louhiala P, Hilden HM. Attitudes of Finnish doctors towards euthanasia in 1993 and 2003. *J Med Ethics* 2006;32:627–8.
- Mak Y, Elwyn G, Finlay I. Patients voices are needed in debates on euthanasia. *BMJ* 2003;327:213–5.
- Mak Y, Elwyn G. Use of hermeneutic research in understanding the desire for euthanasia. *Palliat Med* 2003;17:395–402.
- Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Galanos A, Vlahos L. Depression, hopelessness, and sleep in cancer patients' desire for death. *Int J Psychiatry Med* 2007; 37:201–11.
- O'Mahony S, Goulet, Payne R. Psychosocial distress in patients treated for cancer pain: a prospective observational study. *J Opioid Manag* 2010;6:211–22.
- Pahlman I. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita 2003.
- Pasman H, Rurup M, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians. *BMJ* 2009;339:b4362.
- Pettilä V, Ala-Kokko T, Varpula T, Laurila J, Hovilehto S; Finnish SSAI candidates. On what are our end-of-life decisions based? *Acta Anaesthesiol Scand* 2002;46:947–54.
- Rietjens J, vanderMaas P, Onwuteaka-Philipsen BD, van Delden JJ, van der Heide A. Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain? *J Bioeth Inq* 2009;6:271–83.
- Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, ym. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:661–75.
- Ryyänen O, Myllykangas M. Lääkäreiden, hoitajien ja väestön asenteet eutanasiaan Suomessa. *Suom Lääkäril* 2003; 58:4331–7.
- Silvoniemi M, Vasankari T, Vahlberg T, Clemens K, Salminen E. Physicians attitudes towards euthanasia in Finland; would training in palliative care make a difference? *Palliat Med* 2010;24:744–6.
- van der Heide A, Deliens L, Faisst K, ym. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003;362:345–50.
- Veldink J, Wokke J, Vianney de Jong JM, van den Berg LH. Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. *N Engl J Med* 2002;346:1638–44.
- Verhagen E, Sauer J. The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns. *N Engl J Med* 2005;352:959–62.
- Wesemael Y, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Bilsen J, Deliens L. Establishing specialized health services for professional consultation in euthanasia: experiences in the Netherlands and Belgium. *BMC Health Serv Res* 2009;9:220.

Summary

Euthanasia

Clinical practice may pose an ethical dilemma: is it better to actively kill a patient or let her/him die naturally and more slowly? The former may be considered to involve less suffering than a slow death possibly full of suffering. The central problem in respect of euthanasia is how to define, which level of suffering is intolerable. In practice, persons suffering particularly from degenerative and chronic neurological diseases experience helplessness and powerlessness as a burden. The scope of suffering is changing over time, whereby the establishment of permanent guidelines for euthanasia is difficult.