



Reino Pöyhä

Ei eutanatialle ja lääkäriavusteiselle itsemurhalle!

Eutanasia tai lääkäriavusteinen itsemurha on laillistettua toimintaa nykyisin vain noin 5 %:ssa maailman ja 10 %:ssa Euroopan valtioista. Se ei ole yllättävää, sillä ihmisen surmaamista on varsin vaikea pitää hyväksyttävänä ja sivistysvaltion merkinä. Portugalissa vastikään laadittua eutanasialakiaakaan ei maan perustuslakituomioistuin ole hyväksynyt. Kiertäessäni viime vuosikymmenen aikana opettamassa palliatiivista hoitoa Afrikassa, Aasiassa ja Etelä-Amerikassa olen havainnut, ettei eutanasia ole kiinnostava aihe Euroopan ulkopuolella. Sen sijaan palliatiivista hoitoa kehitetään intensiivisesti.

Eutanasiaa tai lääkäriavusteista itsemurhaa ei ole määritetty lääketieteelliseksi toiminnaksi tai hoidoksi, eikä niitä opeteta lääketutuksessa missään maassa. Minkään lääkkeen virallinen käyttöaihe ei ole ihmisen surmaaminen eli eutanasia. Silti puhutaan lääkkein toteutetusta eutanasiasta! Oikeampi termi olisi myrkyttäminen, sillä kuolema seuraa lääkkeiden toksisista annoksista. Lääkkeiden käyttö surmaamiseen ei liioin perustu farmakologiseen tutkimukseen, joka on niiden hoitokäytön perusta. Jopa 7–9 %:ssa tapauksissa eutanasia on toteutettu pelkästään lihasrelaksantein – eli tukehduttamalla (1).

Yleisimmät eutanasian ja avustetun itsemurhan syyt liittyvät ihmisenä olemisen hätään ja kärsimykseen (**TAULUKKO**). Silloin kun ne kytkeytyvät parantumattomiin sairauksiin, eivät yksittäisen lääkärin konstit riitä, vaan tarvitaan

monialaista ja yhteisöllistä psykiatrista tai palliatiivista hoitoa tai molempia! Oman pitkän kokemuksen ja tuoreen tutkimustiedon mukaan hyvä palliatiivinen hoito (esimerkiksi arvokkuusterapia ja palliatiivinen sedaatio) auttavat vaikeimmissakin kärsimyksissä (2).

Eutanasia ei ole palliatiivista hoitoa. Kansainvälisten palliatiivisen hoidon ja lääketieteen yhdistysten sekä lääkärijärjestöjen kanta eutanasiaan ja lääkäriavusteiseen itsemurhaan on kielteinen, eivätkä nämä kuulu suomalaisiin Käypä hoito -ohjeisiin (3).

Eutanasiaa ja lääkäriavusteista itsemurhaa on perusteltu yksilön itsemääräämisoikeudella. Tuore katsaus osoittaa vaikeita sairauksia sairastavien itsemääräämiskyvyn kuitenkin heikoksi, jolloin potilaat ovat muita alttiimpia omaisten ja lähiyhteisön vaikutteille. Halua miellyttää tai säästää läheisiä on ilmennyt eutanasiatoiveiden tustalla (4). Yksilön autonomian ehdoton noudattaminen voi merkitä myös hylkäämistä (5). Vaikean sairauden runtelema ihminen tarvitsee toisen tukea.

Parinkymmenen viime vuoden aikana lääkäriavusteisten itsemurhien määrä on suurentunut kahdeksankertaiseksi Yhdysvaltain Oregoniassa, raportoitujen eutanasioiden määrä Alankomaissa ja Belgiassa puolestaan vähintään 3–11-kertaiseksi (6,7). Eutanasian piiriin on otettu lapsia, dementiapotilaita ja psykiatrisesti sairaita ilman heidän selvää suostumustaan (7). Alankomaissa ja Belgiassa eutanasiaa ja avustettua

itsemurhaa tarjoavat kymmenet kiertävät eutanasiayksiköt (8). Benelux-maissa 20–50 % eutanasioista jätetään ilmoittamatta viranomaiselle, eivätkä eutanatialle asetetut kriteerit ole kaikissa tapauksissa täyttyneet (7). Kanadassa on myös huomautettu eutanasian seurannan laiminlyönnistä, vaihtoehtojen tarjonnan puuttumisesta ja hoitokotien asukkaiden painostamisesta. Onpa eutanasian yhteydessä alettu ottaa elimiä elinsiirtoihin (9). Eutanasiалаeilla ei ole pystytty takaamaan potilasturvallisuutta (7).

Eutanasiaa ja lääkäriavusteista itsemurhaa ovat komplisoineet vaikea laskimokanylointi, kouristukset, oksentaminen ja pitkittynyt kuoleminen 3–16 %:ssa tapauksissa. Potilaan on esimerkiksi raportoitu palanneen tajuihinsa ja kuolleen vasta viikkoja letaalien barbituraattien jälkeen (10). Eutanasia ei siis välttämättä merkitsekään nopeaa ja kaunista kuolemaa! Komplikaatioista ei puhuta julkisessa viestinnässä – tuskin niistä kerrotaan eutanasiaa toivoneillekaan.

TAULUKKO. Potilaiden yleisimpiä syitä eutanasian ja avustetun itsemurhan toiveisiin Oregonin osavaltion vuosiraporttien ja katsausten mukaan (13).

Kyvttömyys saada iloa ja tyydytystä elämän aktiviteeteista
Autonomian ja arvokkuuden menetyksen kokemus
Läheisten taakkana olemisen tuntu
Surullisuus
Voimien ehtyminen
Kuolemanpelko



Eutanasia ja itsemurhassa avustaminen vaikuttavat niitä suoriin lääkeihin. Lääkäri voi samanaikaisesti sekä ymmärtää tekonsa oikeutuksen että kokea merkittävää ahdistusta. Eutanasian suorittamisen jälkeen 72–80 %:lla lääkäreistä on tunne-elämän vaikeuksia. Itsemurhassa avustaneet lääkärit ovat kokeneet eristäytymisen tunteita, masennusta ja ahdistusta. Peräti 45 % hollantilaislääkäreistä koki omaisten tai yhteiskunnan painostusta eutanasian suorittamiseen (11).

Eutanasian kannattamisessa voidaan nähdä myös lääkärin kaikkivoipuuden harha: halu hal-

lita kaikkea – kärsimystäkin ihmisen surmaamisella. Tätä voimakkaampaa paternalistista asennetta tuskin löytyy. Eutanasia ei ole ratkaisu maailman kärsimyksen ongelmaan.

Vaikka eutanasian ei ole havaittu rapauttaneen kansalaisten luottamusta terveydenhuoltoon, Yhdysvalloissa 20–30 % potilaista kokee lääkäriavusteisen itsemurhan sallimisen heikentäneen heidän luottamustaan lääkäriin (12). Vastikään belgialainen sairaanhoidaja kertoi minulle eutanasiapelon luoneen maassaan monelle kielteisen asennoitumisen saattohoitoon.

Potilaiden luottamuksen lääkäri ansaitsee sitoutumalla työssään käypiin hoito-ohjeisiin ja yleisesti hyväksyttyihin hoitokäytäntöihin. Tällöin sekä potilaan että lääkärin oikeusturvakin on taattu. Suomeen ei tarvita eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan sallivaa lakia, mutta palliatiivisen hoidon kehittäminen on turvattava lailla. Lääkäriliiton tuoreeseen kyselyyn vastanneista kollegoista selvä enemmistö (34 %) myös ehdottomasti vastusti eutanasiain säätämistä. ■

REINO PÖYHIÄ

Palliatiivisen lääketieteen dosentti,
Turun yliopisto

Anestesiologian ja tehohoidon
dosentti, Helsingin ja Itä-Suomen
yliopistot

Ylilääkäri, Palliatiivinen keskus, Essote

SIDONNAISUUDET

Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Mundipharma, Astra Zeneca, Orion, Kyowa Kirin),
luottamustoimet (Duodecim valtuuskunta,
Suomen Lääkäriliitto)

KIRJALLISUUTTA

1. Dierickx S, Cohen J, Vander R, ym. Drugs used for euthanasia: a repeated population-based mortality follow-back study in Flanders, Belgium, 1998–2013. *J Pain Symptom Manage* 2018;56:551–9.
2. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, ym. ‘Dignity therapy’, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliat Med* 2017;31:492–509.
3. De Lima L, Woodruff R, Pettus K, ym. International Association for Hospice and Palliative Care position statement: euthanasia and physician-assisted suicide. *J Pall Med* 2017;20:8–14.
4. Roest B, Trappenburg M, Leget C. The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Medical Ethics* 2019;20:23.
5. Louhiala P. Kuka päättää kuolemasta? Kirjassa: Pöyhä R, Tasmuth T, Reinikainen P, toim. Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksistä, kuolemasta ja eutanasiasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2014, s. 38–43.
6. Preston R. Death on demand? An analysis of physician administered euthanasia in the Netherlands. *Br Med Bull* 2018;125:145–55.
7. Raus K, Vanderhaegen B, Sterckx S. Euthanasia in Belgium: shortcomings of the law and its application and of the monitoring of practice. *J Med Philosophy* 2021;46:80–107.
8. Snijderwind MC, Willems DL, Deliens L, ym. A Study of the first year of the end-of-life clinic for physician-assisted dying in the Netherlands. *JAMA Intern Med* 2015;175:1633–40.
9. Bollen J, de Jongh W, Hagenaars J, ym. Organ donation after euthanasia: a Dutch practical manual. *Am J Transplant* 2016;16:1967–72.
10. Miller DG, Kim SYH. Euthanasia and physician-assisted suicide not meeting due care criteria in the Netherlands: a qualitative review of review committee judgements. *BMJ Open* 2017;7:e017628.
11. Evenblij K, Pasman HRW, van Delden JJW, ym. Physicians’ experiences with euthanasia: a cross-sectional survey amongst a random sample of Dutch physicians to explore their concerns, feelings and pressure. *BMC Family Practice* 2019;20:177.
12. Hall M, Trachtenberg F, Dugan E. The impact on patient trust of legalising physician aid in dying. *J Med Ethics* 2005;31:693–7.
13. Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, ym. Understanding patients’ experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open* 2017;7:e016659.