

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan  
eettinen neuvottelukunta ETENE

15.12.2011, korjaus 3.1.2012

## IHMISARVO, SAATTOHOITO JA EUTANASIA

### Tausta

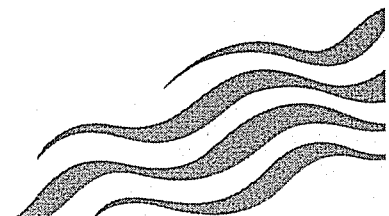
ETENE päätti vuoden 2011 alussa nostaa esiin keskustelua eutanasiasta ja sen vaihtoehtoista Suomessa. Taustalla oli muun muassa Ruotsissa aiheesta käyty vilkas keskustelu. ETENE nimesi työryhmän valmistelemaan asiaa. Työryhmään kuului neuvottelukunnasta teologian maisteri, rovasti Kirsti Aalto, oikeustieteen tohtori Irma Pahlman ja hoitotieteen tohtori, ETENEN pääsihteeri Aira Pihlainen. Ryhmään kutsuttiin lisäksi saattohoidon asiantuntija, Terhokodin johtaja, ylilääkäri Juha Hänninen. Syksyllä 2011 ETENEN pääsihteerin vaihtuessa ryhmään liittyi dosentti Päivi Topo. Työryhmä kokoontui vuoden aikana useita kertoja ja työsti kannanottoluonnoksen neuvottelukunnan keskustelua varten. Ryhmä raportoi työstään ETENEN kokouksessa 22.9.2011. Työryhmän kannanottoluonnosta käsiteltiin 15.12.2011 työseminaarissa ja ETENE esittää kannanottonaan seuraavaa:

### Aluksi

Kuolema on salaisuus, ihmiselle tuntematon. Voimme todeta kuoleman hetken, mutta emme tiedä, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Kuolemasta puhuttaessa esitetään usein toivomus saada kuolla arvokkaasti. Ajatukseen sisältyy toive hienotunteisesta ja ammattitaitoisesta hoidosta, riittävä kivunlievitys ja läheisten läsnäolo, tunne siitä, että ei ole jätetty yksin. Samoin siihen sisältyy oikeus ilmaista oma tahtonsa hoidon jatkamisesta tai lopettamisesta sekä omista hautajaisistaan ja toive tulla kunnioittavasti käsitellyksi kuoleman tapahduttua.

Eutanasia tarkoitti alun perin kreikan kielessä hyvää kuolemaa, eli rauhallista nukahdamista elämän päätteeksi. Nykyisin eutanasialla käsitetään aktiivista toisen ihmisen elämän päättämistä tämän omasta pyynnöstä silloin, kun taustalla on kuolemaan johtava sairaus ja siihen liittyvä kestämaton kärsimys. Eutanasiaan liittyy eurooppalaisessa keskustelussa kärsimys ja sen määrittelemisen, millainen kärsimys on ihmiselle itselleen kestämatontä ja miten se voidaan todeta. Yhdysvalloissa puolestaan korostuu ajatus itsemääräämisestä ja oman kuoleman kontrolloinnista. Tämä kertoo kuoleamisen ja kuolemaan kulttuurisesta sidonnaisuudesta. Eutanasiaan liittyy eettisesti tarkastellen aina ristiriitaisia kysymyksiä.

Eutanasiassa on kysymys elämän kunnioittamisesta, ihmisarvosta ja itsemääräämisoikeyden toteutumisesta kuoleman lähestyessä. Halu elämän kontrolliin ja itsemääräämiseen myös omasta kuolemasta on lisääntynyt. Suhtautuminen eutanasiaan liittyy poliittisiin ja yhteiskunnallisiin arvoihin ja sen vuoksi päätöksenteko eutanasian hyväksyttävyydestä edellyttää kansalaiskeskustelua ja eduskunnan tahdonmuodostusta.



Käytännön kliinisessä työssä joudutaan joskus kohtaamaan eettinen ongelma: olisiko oikein aktiivisesti päättää potilaan elämä vai tulisiko antaa hänen kuolla luonnollisesti. Edelliseen ajatellaan kuuluvan vähemmän kärsimystä kuin hitaaseen kuolemaan. Länsimaiseen ihmiskuvaan kuuluu ihmisen haurauden ja elämän rajallisuuden hyväksyminen. Kärsimys ja kipu ovat todellisia, mutta yhtä todellisia ovat toivo ja kiitollisuus elämästä.

Toinen eettinen pulma liittyy potilaan tahdon ja lääkärin oman ammattieettisen vakaumuksen väliseen ristiriitaan. Tätä ei ratkaise, mutta lieventää se, että niissä maissa, joissa eutanasia on sallittu, sen toteuttaminen edellyttää potilaan omaa toistuvaa pyyntöä elämänsä päättämisestä ja riittävää kognitiivista kykyä luoda oma kanta oman hoitonsa suhteen. Omaiset tai muut läheiset eivät voi missään maassa esittää eutanasiapyyntöä eikä eutanasia tule kyseeseen muistihäiriöisten tai muutoin kognitiivisesti heikentyneiden potilaiden kohdalla. Eutanasia ei voi koskaan olla ratkaisu geriatrician tai pitkäaikaishoidon ongelmiin.

### Käsitteiden täsmentäminen

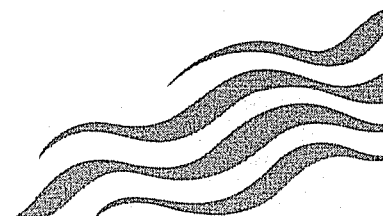
*Saattohoito* on parantumattomasti sairaan potilaan oireiden lievittämistä, potilaan ja hänen perheensä tukemista ja turvallisuutta elämän loppuvaiheessa. *Palliatiivinen hoito* on parantumattomaa ja etenevää sairautta sairastavan potilaan oireenmukaista hoitoa.

Hyvin järjestetyn saattohoidon avulla voidaan hoitaa valtaosaa kuolemaa lähestyvistä potilaista ja näin tukea heidän elämänlaatuaan. Toisinaan hyvin järjestetty saattohoito ei kykene auttamaan kuolemaa lähestyvää, kärsivää ihmistä palliatiivisen lääketieteen erityisosajien konsultoinnista huolimatta. Kyse on elämän loppuvaiheen syöpöpotilaista tai vaikeaa neurologista tautia sairastavista potilaista. He ovat potilaita, joilla on elämää lyhentävä sairaus ja jotka kärsivät sietämättömästi, eikä kärsimyksen lievittäminen olemassa olevilla keinoilla onnistu.<sup>1</sup>

*Itsemurhan edistäminen* ei ole Suomessa rikos. Elämän loppuvaiheen hoitoon itsemurhan edistäminen liittyy esimerkiksi silloin, kun potilas itse ottaa kuolettavan lääkeannoksen. Itsemurhassa avustamista on asettaa lääkeannos potilaan saataville hänen pyynnöstään, kun hän on päättänyt lopettaa elämänsä.

*Palliatiivinen sedaatio* tarkoittaa potilaan unen kaltaiseen tilaan vaivuttamista, kun hänen kärsimyksensä on sietämätöntä ja kun sitä ei kyetä lievittämään muilla olemassa olevilla keinoilla. Palliatiivinen sedaatio on potilaan tajunnantason alentamista lääkeaineella siinä määrin, ettei hän kykene enää tuntemaan lähestyvän kuolemansa aiheuttamaa kärsimystä. Palliatiivisessa sedaatiossa käytetyn lääkityksen päämääränä ei ole tuottaa potilaan kuolemaa vaan lievittää kärsimystä vähintään tähän tarvittavaa lääkeannosta käyttäen. Palliatiivisen sedaation teho ja turvallisuus vaikeissa kärsimystä aiheuttavissa elämän lopun tilanteissa on osoitettu. Palliatiivisen sedaation käytöstä on

<sup>1</sup> Pahlman I: Potilaan itsemääräämisoikeus, Edita 2003, s. 360



päätettävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa jo siinä hoidon vaiheessa, kun potilas kykenee vielä ottamaan kantaa omaan tulevaan hoitoonsa.<sup>2</sup>

*Luonnollisen kuoleman salliminen (allow natural death, AND)* tarkoittaa luopumista sellaisista toimista, jotka jo nähtävissä olevan kuoleman kohdalla olisivat suunnattuja patologiisiin muutoksiin potilaan elimistössä ja jotka todellisuudessa olisivat hyödyttömiä. Tällaisia ovat muun muassa nesteen ja ravitsemuksen tai verituoitteiden antaminen kuolevalle potilaalle.

*Elvytyskielto (do not resuscitate, DNR)* on lääkärin tekemä rajattu lääketieteellinen päätös, joka kieltää sydämen uudelleen käynnistämisen. Se tehdään tilanteessa, jossa sydämen uudelleen käynnistymisestä arvioidaan olevan potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. Elvytyskiellon voi ihminen itse ilmaista hoitotahdossaan. DNR -lyhenne ei merkitse saattohoidon aloittamista.

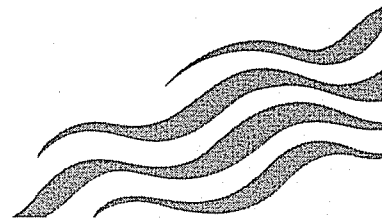
*Hoitotahto* on potilaan suullinen, hoitotilanteessa antama potilasasiakirjoihin kirjattu tai kirjallisesti potilaan antama hoitopäätöstä koskeva tahdonilmaisu oman hoitonsa suhteen. Näin potilas voi vaikuttaa omaan hoitoonsa vielä silloinkin, kun hän ei enää itse pysty tahtoaan ilmaisemaan.<sup>3</sup>

*Eutanasia* tarkoittaa tarkoituksellista, aktiivista tointa potilaan elämän lopettamiseksi silloin, kun potilas toistuvasti ja harkitusti sitä pyytää sietämättömän kärsimyksen ja parantumattoman sairauden vuoksi. Ennen eutanasiaa kaikki muut mahdollisuudet lievittää potilaan kärsimystä on jo mietitty ja käytetty. Niissä maissa, joissa eutanasia on hyväksytty, sen suorittaa lääkäri, joka on konsultoinut riippumatonta toista lääkäriä ja tarvittaessa psykiatria. Tällöin eutanasiapyynnöt, päätöksenteko ja toteutus on kirjattava yksityiskohtaisesti. Aktiivisessa eutanasiassa annettu lääkeaine tuottaa välittömän kuoleman.

*Slippery slope* -argumentti eli kalteva pinta -argumentti auttaa jäsentämään eutanasian hyväksyttävyydestä käytävää keskustelua. Argumentilla halutaan osoittaa, että jokin teko tai toiminta, joka on tai voi olla itsessään hyväksyttävää, johtaa toiseen tekoon tai toimintaan, joka on moraalitonta ja ei-hyväksyttävää. Tämä slippery slope -argumentaatio merkitsee eutanasian yhteydessä sitä, että hyväksymällä ihmisen omaan vakaaseen tahtoon liittyvä eutanasia siitä seuraisi, että pian myös ei-vapaaehtoinen eutanasia olisi hyväksyttävää. Tämä ilmenisi siten, että eutanasia ei rajoittuisi vain väistämättä kuolevan potilaan fyysisen kärsimyksen poistamiseen. Uhkakuvaksi esitetty ajatus vähittäisestä liukumisesta kohti eutanasian laajempaa käyttöä on ainakin hollantilaisen seurantatutkimuksen mukaan vältetty. Hollannissa tarkasti määrätyn ehdoin toteutettu eutanasia ei ole ollut rangaistava vuodesta 2002 lukien.

<sup>2</sup> Pahlman 2003, s. 297

<sup>3</sup> Pahlman 2003, 248; Hänninen J Palliatiivisen sedaation periaatteet. Teoksessa Hänninen J (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku, Duodecim 2006, s. 92-101



## Eutanasiapohdinnat Suomessa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, myöhemmin potilaslaki) antaa Suomessa potilaalle oikeuden kieltäytyä hänelle suunnitelluista tai jo aloitetuista hoidoista. Potilaan itsemääräämisoikeus on vahvimmillaan hoidosta kieltäytymisessä.<sup>4</sup> Laki ei anna potilaalle mahdollisuutta vaatia tiettyä hoitoa tai tutkimusta. Potilas ei voi siten vaatia eutanasian toteuttamista.

Eutanasia on aiemmin liittynyt ennen kaikkea ajatukseen kanssaihmissen kärsimyksen lopettamisesta turvallisesti lääketieteen avustuksella. Yhteiskunnallisen muutoksen myötä halu kontrolliin ja itsemääräämiseen on lisääntyvästi liittynyt haluun päättää omasta kuolemastaan. Eutanasiaa toteutetaan kolmessa Euroopan maassa (Hollanti, Belgia ja Luxemburg) ja keskustelua eutanasialainsäädännöstä on käyty useassa maassa. Suomessa eduskunnan tulevaisuusvaliokunta esitti vuonna 2004, että suuntaus kulkee kohti eutanasian laajempaa hyväksymistä. Valiokunnan mukaan Suomi seuraisi esimerkiksi 10-15 vuodessa. Jo aiemmin rikoslakia uudistettaessa 1960 ja 1990 - luvuilla asiaa on sivuttu, mutta potilaan hoitaminen eri tilanteissa on haluttu jättää hyvän lääkintäkäytännön varaan. Mikäli lääkäri päättäisi kuolemansairaana ja kärsivän potilaan elämän säälistä tämän vakaan harkinnan jälkeen esittämän pyynnön perusteella, teko täyttäisi mitä ilmeisimmin surma-rikoksen tunnusmerkistön.<sup>5</sup>

Vuosina 1993 ja 2003 suomalaisille lääkäreille suunnattujen kyselyiden mukaan asenteet eutanasiaa kohtaan ovat kielteisiä<sup>6</sup>. Vuonna 2007 19 prosenttia suomalaisista yleislääkäreistä, sisätautilääkäreistä ja geriatreista (N = 661, vastausprosentti 32 %) kannatti eutanasian laillistamista ja 17 prosenttia oli valmis suorittamaan eutanasian, mikäli se olisi laillista. Samassa tutkimuksessa 96 prosenttia oli sitä mieltä, että hyvä palliatiivinen hoito vähentäisi eutanasian tarvetta ja vain viiden prosentin mielestä lääkäreiden palliatiivisen hoidon koulutus oli tyydyttävällä tasolla<sup>7</sup>. Tutkimuksen alhainen vastausprosentti kuitenkin rajaa tulosten tulkintaa.

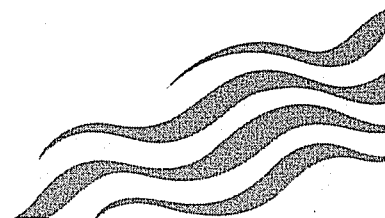
Lääkärin kaksi tärkeintä eettistä velvollisuutta ovat hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen. Lääkärillä on vastuu huolehtia siitä, ettei potilas joudu turhaan kärsimään, suojella potilasta hoitotilanteissa hoidon epäedullisilta vaikutuksilta ja tarjota riittävästi informaatiota potilaan valintojen tueksi. Lääkärin ei tule tehdä tutkimuksia eikä antaa hoitoja, joiden katsotaan olevan potilaalle hyödyttömiä tai haitallisia. Hyvän lääketieteellisen hoitotavan mukaan elämän loppuvaiheessa tulee lievittää oireita, vaikka oirelievityksessä käytetyt keinot saattaisivat lyhentää potilaan elämää. Lääkärin tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

<sup>4</sup> Pahlman 2003, s. 279

<sup>5</sup> Pahlman 2003, s. 340

<sup>6</sup> Louhiala P, Hilden H-M Attitudes of Finnish doctors towards euthanasia in 1993 and 2003. *Journal of Medical Ethics* 2007; 32; 627-628

<sup>7</sup> Silvoniemi M, Vasankari T, Vahlberg T et al. Physicians' attitudes towards euthanasia in Finland: would training in palliative care make a difference? *Palliative Medicine* 2010;24:744-746



## Eutanasia muualla Euroopassa

Eutanasiaa tulee tarkastella paitsi eettisenä, myös lääketieteellisenä ja oikeudellisenä kysymyksenä. Eri maiden eutanasiaa koskevien keskustelujen ja käytäntöjen vertailun tekee ongelmalliseksi se, että eri Euroopan maiden oikeusjärjestelmät poikkeavat toisistaan.

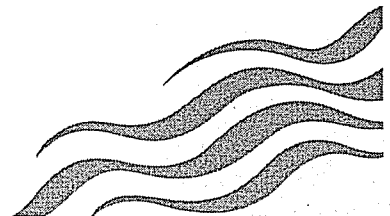
Ruotsin eettinen neuvottelukunta (Statens Medicinsk Etiska Råd) on ottanut vuonna 2008 kantaa eutanasian sallittavuuteen, palliatiiviseen sedaatioon ja elämän päättämiseen erityistapauksissa. Neuvottelukunnan mukaan potilailla tulisi olla yhä enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa palliatiiviseen hoitoonsa ja siihen, voidaanko heidän hoidossaan jossain tapauksissa käyttää palliatiivista sedaatiota. Neuvottelukunnan enemmistön mukaan tulisi selvittää, voisivatko lääkärit joissakin erityistapauksissa määrätä potilaan vakaasta pyynnöstä tälle tappavan annoksen lääkkeitä, jotka potilas nauttisi itse. Näissä tapauksissa sairaudesta tulisi aiheutumaan erityisen vaikeita fyysisiä ja joissakin tapauksissa mentaalisia oireita ennen kuolemaa. Neuvottelukunnan vähemmistö oli sitä mieltä, että joissakin erityistapauksissa lääkäreille tulisi antaa mahdollisuus myös auttaa potilasta aktiivisesti ottamaan lääkeaine. Viime vuonna yksi tapaus nosti Ruotsissa eutanasian otsikoihin, vaikka kyse oli potilaan oikeudesta kieltäytyä jo aloitetusta hoidosta. Sosiaalhallitus määritteli vuonna 2011 elämää ylläpitävän hoidon toimintaohjeet, jotka ovat sitovia ja korvaavat edelliset vuonna 1992 laaditut ohjeet. Ruotsissa eutanasia on lainvastainen teko.

Norjassa aktiivinen eutanasia on kielletty ja siihen osallistuminen voi tulla tuomituksi henkirikoksena. Rangaistuksena on vähintään kuusi vuotta vankeutta. Myös itsemurhan avustaminen on kielletty, mutta siitä on annettu pienempiä rangaistuksia tapauksissa, joissa avustamisen on katsottu johtuneen myötätunnosta ja joissa on saatu selvää näyttöä potilaan omasta toiveesta. Norjassa työryhmä pohti itsemurhan avustamista koskevan säännöksen dekriminialisointia, mutta hylkäsi ehdotuksen äänin 5-2.

Tanskan potilaslain mukaan aktiivinen eutanasia ja avustettu itsemurha ovat lainvastaisia tekoja. Aktiiviseen eutanasiaan osallistumisesta voi saada maksimissaan kolme vuotta vankeutta. Suuri enemmistö Tanskan eettisen neuvottelukunnan (Det Etske Råd) jäsenistä vastustaa aktiivista eutanasiaa.

Isossa Britanniassa eutanasia tai itsemurhan avustaminen ovat lainvastaisia. Itsemurhan avustamisesta voi saada enimmillään 14 vuotta vankeutta. Kesäkuussa 2005 Britannian lääkäriliitto luopui eutanasiaa ja lääkäriavusteista itsemurhaa vastustavasta, monivuotisesta kannastaan. Liitto ei nykyään sen enempää vastusta kuin tuekaan eutanasiaa tai itsemurhan avustamista.

Alankomaissa tuli vuonna 2002 voimaan laki, joka sallii tarkkaan määritellyissä tilanteissa eutanasian ja lääkäriavusteisen itsemurhan. Laki vahvisti jo pitkään Hollannissa vallinneen käytännön. Edelleen Hollannissa on rikoslaisissa kriminalisoitua toisen henkilön elämän päättäminen tämän pyynnöstä tai itsemurhan avustaminen. Välttääkseen syylistymisen rikokseen lääkärin tulee täyttää tarkoin eutanasilain kriteerit, jolloin teon rikoslain vastaisuus väistyy. Lääkäri ei syyllisty pyynnöstä surmaamisessa rikok-



seen, mikäli kaksi pääedellytystä täyttyy. Ne ovat asianmukainen hoito ja lääkärin tekemä ilmoitus kuolemantapauksesta alueelliselle patologille.

Belgiassa eutanasian salliva laki tuli voimaan vuonna 2002. Eutanasia voi lain mukaan perustua potilaan antamaan kirjalliseen pyyntöön tai hoitotahdon noudattamiseen.

Keskustelua lainsäädännöstä, joka sallisi eutanasian, on lisäksi käyty Isossa Britanniassa, Espanjassa, Ranskassa, Kolumbiassa ja Australiassa. Suomessa itsemurhassa avustamista ei rikoslaissa katsota rikokseksi. Sveitsissä laki sallii itsemurhassa avustamisen, mikäli avustamiseen ei sisälly itsekkäitä motiiveja ja lääkärin asema tulkitaan samanlaiseksi kuin muidenkin kansalaisten.

### **Eutanasian käytäntö sen sallivissa maissa**

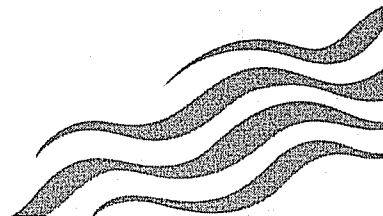
Hollannissa (1985), Belgiassa (2002) ja Luxemburgissa (2008) eutanasia ei ole rangaistava teko, mikäli noudatetaan sovittuja menettelytapoja. Näissä maissa painotetaan kärsimystä keskeisenä eutanasian oikeuttavana syynä. Yhdysvalloissa Oregonissa (1997) ja Washingtonissa (2009) on laadittu laki arvokkaasta kuolemasta (*death with dignity act*). Siinä potilaille on mahdollisuus saada lääkäriapua itsemurhan tekemisessä ja painotus on potilaan itsemääräämisoikeudessa ja valinnan vapaudessa. Eutanasian sallivissa maissa lopullisen päätöksen eutanasian toteutuksesta tekee aina lääkäri.

Hollannissa oli vuonna 1990 eutanasia tai avustettu itsemurha kuolinsyynä 1,7 prosentissa kaikista kuolemista. Vuonna 1995 vastaava luku oli 2,4 prosenttia ja vuonna 2001 2,6 prosenttia. Suunta kääntyi laskuun vuonna 2005, jolloin se oli 1,7 prosenttia. Valtaosa näistä potilaista sairasti levinnyttä maha-suolikanavasyöpää tai keuhkosityöpää (77 %). Neljä yleisintä syytä kuolintoiveen esittämiseen olivat kivun pelko (37 %), yleinen heikkeneminen (31 %), toivottomuus (22 %) ja hengenahdistus (15 %). Eutanasiapyynnöissä kivun merkitys on 25 vuoden aikana vähentynyt. Esitetyistä eutanasiapyynnöistä hyväksyttiin 39 prosenttia ja valtaosan eutanasioista suoritti yleislääkäri (77 %). Tutkimusten mukaan kuolintoiveeseen liittyy vahvasti ja toistuvasti toivottomuus ja depressiivisyys. Hollannissa kyselytutkimuksen mukaan liki viidesosa eutanasiaa pyytäneistä ilmoitti perusteluksi väsymisen elämään. Se ei ole hyväksyttävä syy eutanasian toteuttamiselle Hollannissa kuten ei masennuskaan, mutta kuvastaa ihmisen elämän loppuvaiheen kärsimyksen ongelmallisuutta.<sup>8</sup>

### **Elämän pyhyys ja kuolevan ihmisarvo**

Ihmisen elämä on arvokas: kristillis-humanistisen elämäkäsityksen mukaan jokaisella ihmisellä on jakamaton ihmisarvo ja jokaisella ihmisellä on oikeus omaan, ainutkertaiseen elämäänsä. Myös kaikki kansainväliset ihmisoikeussopimukset pohjaavat jakamattoman ihmisarvon periaatteeseen.

<sup>8</sup> Hänninen J. Eutanasia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2011:127:793-9



Hyvä kuolema ei tarkoita elämän päättämistä kesken, vaan ihmisen turvallista saattamista kuolemaan. Lääketieteen kehitys pakottaa kysymään, milloin on armollisempaa muuttaa hoitolinjaa kuin jatkaa aikaisempaa hoitoa. Tästä on kyse saattohoidossa. Kuolema on hyvä, kun kuoleva saa lähtörauhan.

Hyvään kuolemaan kuuluu hoito, jossa otetaan huomioon ihmisen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Kuolevan ei tarvitse pelätä, että hän kuormittaa läheisiään tai yhteiskuntaa. Sairaus ja kuolema ovat osana inhimillistä elämää eikä kuolemaa tarvitse torjua, vaan se voidaan kohdata terveyden- ja sosiaalihuollossa ja koko yhteiskunnassa. Tämä näkyy hyvänä hoitona ja läsnäolona, mikä on omiaan lieventämään kuolemanpelkoa.

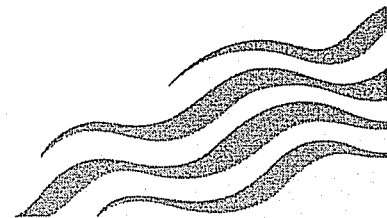
Potilaan oma näkemys elämänsä laadusta on syytä erottaa läheisten tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksistä. Näkemykset elämän laadusta saattavat poiketa toisistaan merkittävästi, kuten psykologisessa tutkimuksessa lähes kommunikaatiokyvyttömiä ALS -potilaiden (amyotrofinen lateraaliskleroosi) kohdalla on todettu. Potilaat näkivät mieltä elämälleen tilanteessa, missä muut eivät sitä enää nähneet.

Eutanasiasta keskusteltaessa on pohdittu, millaiseen kärsimykseen yhteiskunnan tulisi vastata kuolemalla. On pohdittava, mitä ehtoja kuolinpyynnön tulisi täyttää ja milloin kärsimys voitaisiin katsoa sietämättömäksi. Eutanasian sallivissa maissa eutanasiasta on pidättäytytty silloin, kun lääkärit ovat katsooneet kärsimyksen olevan liian vähäistä. Tämä herättää pohtimaan sitä, kuinka paljon tulee kärsiä, että saa kuolla. Samoin tulee pohtia kärsimyksen laatua; riittääkö psyykkinen ja eksistentiaalinen kärsimys, vai tuleeko mukana olla myös fyysistä kipua ja kärsimystä? Eutanasian mahdollisuuden hyväksyminen herättää myös kysymään, kuinka lähellä tai kaukana kuoleman tulee olla, jotta potilas voisi saada kuolinapua.

Oman kuoleman läheisyys saattaa aiheuttaa eksistentiaalista kärsimystä, jonka piirteitä ovat merkityksettömyyden ja arvottomuuden tunne, kokemus taakkana olemisesta muille, tunne siitä että on riippuvainen toisista, kuolemanpelko tai paniikki, toive kuoleman jouduttamisesta ja eristäytyneisyys. Erotusdiagnostisesti tulee tunnistaa tilat, joihin lääkehoidolla on mahdollista vaikuttaa kuten depressio, delirium ja ahdistuneisuus. Masentunut potilas voi saada apua myös psykoterapiasta. Se voi auttaa myös kuolevan läheisiä vaikeassa tilanteessa.

Toisinaan kärsimyksen virhetulkinnat ja siitä seuraava kyvyttömyys auttaa johtavat potilaan haluamaan kuolemaa. Joskus läheisten antaman tuen puute lisää kärsimystä. Joskus avun vastaanottamisen vaikeus voi olla syynä siihen, että kärsimys näyttää lievitettämättömältä. Yhteiskunnan muutos on vaikuttanut yksilöiden ja koko yhteisön eettisiin ja moraalisiin valintoihin, jotka liittyvät hoivan vastaanottamiseen ja tuottamiseen.

Kuolinavun pyytämisen katsotaan usein olevan ihmisoikeus. Eutanasiaa pohdittaessa ihmisen kyvykkyys ilmaista itseään ja kyetä muodostamaan oma näkemyksensä ovat ensisijaisia. On pohdittava tilannetta, jossa ihminen kärsii, muttei kykene pyytämään kuolinapua. Mikä silloin on oikea tapa auttaa?




## Kannanotto

Kansainvälinen tarkastelu osoittaa, ettei eutanasiaan ole löytynyt yhtenäistä näkemystä. Tämän taustalla ovat erilaiset käsitykset siitä, millaisia toimenpiteitä hyvään hoitoon ja ihmisarvoa kunnioittavaan kuolemaan voi ja tulee liittyä. Oikeaksi koetun kannan määrittämiseksi olisi käytävä keskustelua tilanteista, joissa hyvälläkään saattohoidolla ei riittävästi voida lievittää kärsimystä. Tällaisia potilaita on Suomessa arviolta muutamia kymmeniä vuodessa. Kyseessä on pieni ja hyvin rajattu määrä potilaita. ETENE katsookin, että olisi tarkoin selvitettävä se miten saattohoitoa voitaisiin tulevaisuudessa kehittää lievittämään erityisesti näiden kuolinapua pyytävien potilaiden kärsimystä.

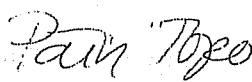
Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa on tuettava ja edistettävä maassamme. Hyvä saattohoito on turvattava jokaiselle sitä tarvitsevalle potilaalle elämän päätösvaiheessa. Näin voidaan kunnioittaa ihmisarvoa kuolemaan asti. ETENEn käsityksen mukaan tarvitsemme palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneita yksiköitä. Samoin tarvitsemme saattohoitoon liittyvää peruskoulutusta terveydenhuollon ammattihenkilöille ja täydennyskoulutusta niille terveydenhuollon ammattilaisille, joiden työhön jo nyt kuuluu kuolevan potilaan hoitaminen.

ETENE katsoo, että eutanasiaan liittyvän keskustelun tulisi kohdistua siihen, onko eutanasia eettisesti perusteltu ratkaisu niiden sietämättömästi kärsivien potilaiden kohdalla, joille ei nykykeinoin voida löytää riittävästi lievitystä ja jotka itse toivovat kuolevansa. ETENE toteaa, että kuolinavun tarvetta on syytä arvioida yhä uudestaan maailman muuttuessa. Niiden tilanteiden rajaamiseen, joissa eutanasiaa voitaisiin käytännössä harkita, liittyy monia ongelmia kuten kärsimyksen arvottaminen, eutanasiapäätöksen tekeminen ja vastuu sen toteuttamisesta. Näihin kysymyksiin on oltava selkeä vastaus ennen kuin voidaan ottaa sitovasti kantaa eutanasian mahdollisuuteen. ETENE toteaa, että keskusteluun on tarvetta, koska neuvottelukunnan käsityksen mukaan saattaa olla yksittäisiä tilanteita, joissa ei ole eettistä perustetta täysin pois sulkea eutanasian mahdollisuutta.

Puheenjohtaja

  
Markku Lehto

Pääsihteeri

  
Päivi Topo

Tiedoksi

Pirkanmaan hoitokoti  
Terhokoti  
STM/kirjaamo  
- peruspalveluministeri  
- hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisen osasto  
- sosiaali- ja terveystieteiden osasto

