

DUODECIM 134:10:1002-1010

DUODECIM katsausartikkeli

Eeva Rahko, LT, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri, Palliativisen lääketieteen erityispätevyys, Syöpätautien ja hematologian vastuualue, OYS

Juho Lehto LT, Vs. ylilääkäri, Palliativisen lääketieteen erityispätevyys, Syöpätautien vastuualue/Palliativinen yksikkö, Tays ja Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta, TaY

EUTANASIA

Tiivistelmä

Eutanasia tarkoittaa potilaan surmaamista lääkkeillä hänen pyynnöstään. Eduskunnalle jätetty lakialoite on virittänyt maamme historian vilkkaimman eutanasiakeskustelun. Kärsimyksen lievitys on lääkärintyön ydintehtävä, mutta potilaan elämän lopettamista ei voida sellaisena pitää. Silti muutamissa maissa kollegat toteuttavat eutanasiaa ja lääkärin rooli on keskeinen eutanasiapäätöksessä. Arvioitaessa eutanasialainsäädännön merkitystä on syytä tarkastella näiden maiden käytäntöjä ja kehitystä.

(Johdanto ilman otsikkoa)

Kuolemansairaiden potilaiden hoito on haastanut lääkäreitä läpi historian. Samalla ympäröivä kulttuuri on muovannut käsitystä kuolemasta ja lääkärin roolista kuolevan potilaan hoidossa. Nykylääketieteen pirstaloituminen ja lääkäreiden syväosaamisen kaventuminen voi altistaa potilaan lisääntyvälle kärsimykselle elämän loppuvaiheessa, jos lähestyvää kuolemaa ei tunnusteta eivätkä potilaan yksilölliset tarpeet tule huomioituksi hoitoa suunniteltaessa. Eutanasiaa on esitetty sietämättömän kärsimyksen lievityskeinoksi. Tätä artikkelia kirjoitettaessa Suomen eutanasiaa koskeva kansalaisaloite on sosiaali- ja terveysvaliokunnan käsittelyssä. Aihetta pohdittaessa lähestymistapa ei voi olla vain filosofinen tai perustua yksittäisiin kokemuksiin, vaan on arvioida kokonaisuutena eutanasian laillistaneiden maiden tutkimustuloksia ja kehitystä.

Eutanasia historiallisessa perspektiivissä

Antiikissa kuolemaa voitiin jouduttaa kuraren tavoin vaikuttavan myrkkycatkon (conium maculatum) avulla. Hippokrates tunnetusti vastusti lääkäreiden osallistumista kuoleman jouduttamiseen ja loi varhaisen eettisen koodiston lääkäreiden professionille. Lakialoite lääkäriavusteisesta itsemurhasta esitettiin 1906 Ohiossa, ja

samana vuonna amerikkalainen lääkäri ilmoitti tietoisesti surmanneensa syöpää sairastavan potilaansa yliannoksella morfiinia (Appel 2004). Saksassa 1939 vammaisen poikavauvan surmaaminen vanhempiensa pyynnöstä vauhditti osaltaan natsihallinnon laatimaa ohjelmaa, jossa lääkärit suorittivat vammaisten ja psykiatristen potilaiden armomurhia. Tragediaa pohjusti eugeniikka, jolla oli kannatusta myös lääkärikunnassa, mutta eutanasioita puolustettiin myös kärsimysten lopettamisella sekä taloudellisista ja yhteiskunnallisista syistä (Zoech 2003, Hanauske-Abel 1996). Toisen maailmansodan jälkeen etenkin saksankielisessä kirjallisuudessa eutanasia-termiä vältettiin sen historiallisen painolastin johdosta (Bettin 2017). Hollannissa eutanasiaa koskevaa lainsäädäntöä kehitettiin, jotta 1980-luvulla yksittäisistä potilastapauksista johdettu ja yleistynyt eutanasiamenettely saataisiin valvontaan (Van Der Wal 1992, Koopman 2016).

Määritelmät ja lait

Eutanasiasta käytävä keskustelu edellyttää yhteisesti määriteltyjä termejä. Keskeisiä käsitteitä on esitetty Taulukossa 1. Eutanasia on aina aktiivinen teko. Termi passiivinen eutanasia on ristiriitainen eikä sen käyttöä suositella, yleensä tällä on tarkoitettu hoidon rajaamista. Lainsäädännön ajankohtia ja sisältöä eri maissa on esitetty taulukossa 2. Hollannin ja Belgian lain keskeisiä periaatteita eutanasian suorittamiselle esitetään taulukossa 3. Suomessa 2017 eduskunnalle jätetty lakialoite eutanasiasta noudattelee pääpiirteiltään näitä lakeja.

Eutanasian yleisyys

Nykyisin Belgiassa ja Hollannissa n. 2-4 % kaikista kuolemista raportoidaan toteutuvan eutanasian kautta (Emanuel 2016, RTE Annual report 2016, Murphy 2017). Kanadan ensimmäisten raporttien mukaan n. 1 % kuolemista toteutuu EAS:n (eutanasia ja lääkäriavusteinen itsemurha) kautta (2nd Interim Report 2017). Oregonin ja Washingtonin osavaltioissa lääkäriavusteinen itsemurha on taustalla n. 0.3-0.4 %:ssa ja Sveitsissä n. 1 %:ssa kuolemista (Emanuel 2016, Bosshard 2016). Sveitsissä vuosina 2008 – 2012 suoritettiin 611 avustettua itsemurhaa muista maista saapuneille henkilöille (Dyer 2015).

Belgiassa EAS-tapaukset lisääntyivät yli seitsemänkertaisesti ensimmäisen vuosikymmenen aikana eutanasiainvälistä lainsäädännön tultua voimaan, raportoituja tapauksia oli 1807 vuonna 2013 (Dierickx 2016)(Kuva 1). Hollannissa vuosina 2002–2016 raportoitiin EAS 49 287 kuolemaa, joista 6091 vuonna 2016 (RTE Annual report 2016). Vuonna 2012 eutanasia oli Hollannissa yli kaksikymmentä kertaa yleisempää kuin lääkäriavusteinen itsemurha, jonka potilaat valitsevat vain harvoin (Onwuteaka-Philipsen 2012, RTE Annual report 2016, Murphy 2017).

Tavanomainen eutanasiapotilas

Eutanasian syynä olleet sairaudet ja potilaiden ikäjakauma Hollannissa vuonna 2016 on esitetty Taulukossa 4. Syöpä on tavallisin sairaus eutanasian taustalla (n. 60–70 % tapauksista), mutta muiden diagnoosien osuus on kasvussa (RTE Annual report 2016, 2nd Interim Report 2017). Belgian eutanasioista muiden kuin syöpäpotilaiden osuus oli 16 % vuonna 2003 ja 31 % vuonna 2013 (Dierickx 2016).

Tavallisimmin eutanasia suoritetaan potilaalle, jonka elinajan odote arvioidaan lyhyeksi. Kuitenkin niiden potilaiden osuus, joiden sairaus ei olisi ollut henkeä uhkaava lähitulevaisuudessa, on lisääntynyt. Belgiassa näiden tapausten osuus oli 8 % vuonna 2003 ja 16 % vuonna 2013 (Dierickx 2016).

Eutanasian taustalla on yleensä sekä fyysinen että psyykinen kärsimys (Dierickx 2016). Kipu tai sen pelko on taustalla enintään puolessa tapauksista. Yleisimmät syyt EAS:n toiveelle ovat autonomian ja arvokkuuden menettäminen (Emanuel 2016). Hollannissa psyykinen kärsimys oli yhtenä eutanasiapyynnön perusteena 2437 henkilöllä (39 %) vuosina 2014–2015 (Verhofstad 2017).

Belgiassa tavallisin eutanasiapotilas on hyvin kouluttautunut (Dierickx 2016) ja iältään 70–80 -vuotias, mutta yli 80-vuotiaiden osuus nousi Belgiassa 17 %:sta 35 %:iin vuosina 2003–2013 (RTE Annual report 2016, 2nd Interim Report 2017, Dierickx 2016). Washingtonissa ja Oregonissa lääkäriavusteista itsemurhaa hakee tavallisimmin koulutettu mies, joka kokee autonomian ja arvokkuuden heikentymistä sekä toimintakyvyn alentumista (Loggers 2013).

Mielenterveyspotilaat ja dementia

Psykiatriset ja dementoivat sairaudet ovat eutanasian aiheena suhteellisen harvinaisia, mutta ne ovat lisääntyneet ja herättävät paljon keskustelua myös eutanasian sallineissa maissa.

Belgiassa vuosina 2002–2013 eutanasian syyksi raportoitiin psykiatrinen sairaus 95 potilaalla ja dementia 62 potilaalla (Dierickx 2017). Näiden osuus kaikista eutanasioista oli vuosina 2002–2007 0,5 % nousten 3 % tasolle vuonna 2013. Hollannissa julkaistiin vuosilta 2011–2014 66 potilastapausta, joissa EAS oli myönnetty psykiatrisista syistä (Taulukko 5). Useimmilla oli kroonistunut oireisto ja taustalla itsemurhayritys (Kim 2016). Eutanasian itsemurhia vähentävästä vaikutuksesta ei ole näyttöä; 2002–2014 muut kuin lääkäriavusteiset itsemurhat ovat Hollannissa lisääntyneet kaikilla maantieteellisillä alueilla n. 1 – 2 % (Koopman 2016).

Hollannissa vuonna 2009 dementia oli eutanasian perusteena 12 potilaalla, mutta määrä nousi 141 potilaaseen vuonna 2016. Todennäköisesti dementia on osatekijänä useammassa eutanasiassa (Taulukko 3 "Multiple geriatric syndromes" ja "Combination of disorders") (RTE Annual report 2016). Kehityksen on esitetty kuvaavan ajattelua, jossa eutanasian kriteeriksi riittää pelko tulevasta kärsimyksestä ja toimintakyvyn menetyksestä (Beaufort 2016).

Kanadassa psyykinen sairaus ei ole eutanasian este ja käynnissä oleva kyselytutkimus kartoittaa sidosryhmien halukkuutta laajentaa EAS dementoiviin sairauksiin (Bravo 2107).

lökkään ihmisen väsymys elämään

Hollannissa on lakialoitteella pyritty laajentamaan eutanasiaoikeutta siten, ettei sen edellytyksenä olisi fyysinen tai psyykinen sairaus, vaan perusteeksi riittäisi elämään väsyminen (Hall 2017, Florijn 2018). Hollannin lääkäriliito vuoden 2017 julkilausumassaan ei kannatta tällaista lakiuudistusta (<https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/euthanasia-in-the-netherlands.htm>). Dierickx ja työtoverit tutkivat Belgian Flanderissa eutanasiapyyntöjen ja myönnettyjen lupien muutostrendejä lääkäreille osoitetussa kyselytutkimuksessa. Vuonna 2007 eutanasian anomisperusteeksi ei voinut esittää "tired of life" -syytä, mutta vuonna 2013 se oli yhtenä eutanasian myöntämisen perusteena jopa 25 %:ssa tapauksista.

Alaikäiset

Hollannissa eutanasia on sallittu 12 vuotta täyttäneille ja Belgiassa ilman ikärajaa. Vain yksittäisiä lasten eutanasioita on raportoitu. Toisaalta Hollannissa on käytetty ns. Groningen protokollaa, jossa vaikeasti sairaan tai vammautuneen vastasyntyneen elämä voidaan päättää sietämättömän kärsimyksen ja tilan parantumattomuuden perusteella vanhempien suostumuksella. Verhagen ja Sauer raportoivat 22 spina bifidaa sairastanutta vastasyntyntä seitsemän vuoden aikana, joille eutanasia toteutettiin tätä protokollaa käyttäen (Verhagen 2005). Arvioinnissa kriteereinä käytettiin matalaa elämänlaatua, täydellistä riippuvaisuutta ulkopuolisesta hoidosta, epätodennäköisenä pidettyä myöhempää kykyä kommunikoida, sairaalariippuvuutta ja "pitkää elinajanodotetta" suhteessa kärsimykseen.

Harvinaisuudestaan huolimatta lasten eutanasiat herättävät erityistä keskustelua toiminnan oikeutuksesta. Onko lapsi kompetentti päättämään elämästään? Kuinka autonomiasta voidaan vakuuttaa tilanteessa, jossa vanhempien toiveet ja odotukset vaikuttavat lapseen? Empiiristä tutkimusta lasten eutanasiasta ei käytännössä ole ja keskustelua käydään pääosin samoin eettisin argumentein kuin aikuisten kohdalla (Verhagen 2005, Cuman 2017).

Tehohoitopotilaat

Belgian tehohoitolääkäreiden yhdistyksen kannanotto vuonna 2014 herätti huomiota suosittamalla sedatiivien käyttöä nimenomaisena tarkoituksena lyhentää elämän loppuvaiheen hoitoprosessia ("shortening the process of terminal palliative care") potilailla, joilla ei nähdä toipumismahdollisuuksia. Kannanotto tähdentää, ettei suosituksessa tarkoiteta oirehoitoa tai oirehoitoon annetun lääkityksen mahdollista elämää lyhentävää kaksoisvaikutusta. Sedatiivien käyttö nähdään paitsi hyväksyttävänä, usein myös toivottavana asiana, jonka tarkoituksena on parantaa kuolinprosessin elämänlaatua (Vincent 2014). Kritiikin mukaan kyseinen potilasryhmä ei täytä eutanasian laillisuusperiaatetta koskien potilaan omaa pyyntöä kuoleman jouduttamisesta, ja kannanotto ohjaa kollegoita toimintaan, jonka laillisuutta ei voida taata (Kompanje 2014). Aiempi eurooppalainen ETHICUS -monikeskustutkimus on osoittanut että eri maissa teho-osastoilla elämän lopun hoitokäytännöissä on vaihtelua potilailla, joilla ei ole toipumisedellytyksiä (Sprung 2003).

Eutanasian toteutus

Eutanasiapyynnön asianmukaisuus arvioidaan suhteessa ko. maan lainsäädäntöön (Taulukko 3).

Belgiassa n. kaksi-kolmesta eutanasiapyynnöistä hyväksytään (Dierickx 2015). Lääkäreille osoitetussa kyselytutkimuksessa tavallisimmat syyt luvan epäämiseen vuonna 2013 olivat potilaan kuolema ennen päätöstä (59 %) ja laillisuuskriteerien puutteellisuus (20 %). Tutkimuksen mukaan 18 % potilaista peruutti itse eutanasiapyyntönsä. Eutanasiaa rajoittavat hoitojärjestelmään liittyvät syyt, lääkärin henkilökohtaiset syyt tai pelko oikeudellisista seuraamuksista vähentyivät kuudessa vuodessa merkittävästi (23 % → 3 %, $p=0,003$) (Dierickx 2015). Hollannissa n. puolet eutanasiapyynnöistä hyväksytään (Onwuteaka-Philipsen 2012).

Hollannissa ja Belgiassa eutanasian toteuttaa aina lääkäri. Kanadassa tämän voi tehdä myös erityiskoulutettu sairaanhoitaja (nurse practitioner), mutta Kanadassakin toteuttaja on ollut lääkäri 96 %:ssa tapauksista (2nd Interim Report 2017). Hollannissa eutanasian tekee n. 85 %:ssa tapauksista potilaan perhelääkäri (yleislääkäri) ja n. 81 % toteutetaan potilaan kotona (RTE Annual report 2016). Belgiassa eutanasia suoritetaan lähes yhtä usein kotona kuin sairaalassa (44 %) (Dyer 2015), mutta hoivakodeissa suoritettujen eutanasioiden osuus nousi 12 %:iin vuonna 2013 (Dierickx 2016). Hollannissa vuoteen 2015 mennessä enintään 34 % yleislääkäreistä oli osallistunut eutanasiaprosessiin ja aikaa eutanasiapyynnöstä sen toteutukseen kului keskimäärin 37 vuorokautta vuonna 2016 (RTE Annual report 2016, Murphy 2017).

Eutanasiassa lääkäri nukuttaa potilaan yleisimmin suonensisäisellä barbituraatilla, jonka jälkeen annosteltava lihasrelaksantti pysäyttää hengityksen (Dierickx 2016). Hollantilaisessa tutkimuksessa ajalta ennen virallista dekriminisaatiota eutanasiaan raportoitiin liittyneen komplikaatioita 3 %:ssa tapauksista (esim. lihaskouristukset, oksentelu) ja muita ongelmia n. 6 %:ssa tapauksia (esim. vaikeudet suoniyttydessä) (Groenewoud 2000).

Potilaat, joilta omalääkäri on evännyt eutanasian, voivat Hollannissa hakeutua liikkuviin end-of-life eutanasiaklinikoihin. Klinikoiden työskentelee vapaaehtoisia lääkäreitä ja toimintaa rahoittaa Right to Die – järjestö. Klinikat suorittivat alle 5 %:sta kaikista eutanasioista toiminnan alkuvaiheessa, mutta osuus nousi lähes kahdeksaan prosenttiin vuonna 2016 (Snijdewind 2015, RTE Annual report 2016).

Eutanasioiden raportointi

Toteutetut eutanasiat raportoidaan seurantakomitealle jälkikäteen ja keskittyy eutanasiaprosessin arviointiin, eikä niinkään ota kantaa siihen olisiko potilaan eutanasialle ollut vaihtoehtoja (Miller 2017). Protokollasta poikkeavat tapaukset ovat harvinaisia, ja Hollannin ja Belgian eutanasioiden raportointi- ja seurantajärjestelmää on käytetty kansainvälisessä keskustelussa esimerkkinä siitä että toimintaa ja sen laillisuutta voidaan valvoa, mutta etenkin raportoimattomien tapauksien määrä on herättänyt huomiota (Pereira 2011). Belgian Flanderissa vuonna 2007 suoritetuista eutanasioista vain 53 % raportoitiin kansalliselle seurantakomitealle. Raportoimattomia tapauksia selvittävässä kyselytutkimuksessa 77 % lääkäreistä koki että he eivät olleet suorittaneet varsinaista eutanasiaa ja 18 % koki raportoinnista aiheutuvan liikaa hallinnollista työtä. Lääkäreistä 12 % arveli, ettei tapaus olisi täyttänyt laillisuuskriteereitä ja 9 % vastasi, että eutanasia on lääkärin ja potilaan välinen yksityisasia. Raportoimattomissa tapauksissa oletettu elinajan lyheneminen oli useammin alle viikko, potilas yli 80-vuotias ja käytetty lääke useimmiten opioidi. Barbituraateilla suoritetuista eutanasioista oli raportoitu 95,6 %. Tuloksia tulkittaessa on huomioitava että eutanasiaksi määriteltiin myös tapaukset, joissa hoitoa rajaavilla toimilla oletettiin olevan elinaikaa lyhentävä vaikutus. (Smets 2010).

Hollannissa vuonna 2010 kaikista eutanasioista ja lääkäriavusteisista itsemurhista raportoitiin seurantakomitealle 77 %. Lääkäreille lähetettyjen kyselytutkimusten tulosten perusteella tutkijaryhmä kuvasi eutanasiakäytäntöjä ”suhteellisen läpinäkyväksi” (Onwuteaka-Philipsen 2012).

Eutanasia ja palliatiivinen hoito

WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito ei pyri jouduttamaan eikä estämään kuolemaa. Maailman lääkäriliitto vastustaa eutanasiaa. Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (European Association for Palliative Care, EAPC) julkilausumassaan toteaa, ettei eutanasia kuulu palliatiiviseen hoitoon, mutta täyttää konsensusta ei julkilausumassa saavutettu (Radbruch 2016). EAPC:n mukaan potilaan kuolintoiveen tulee viimeistään johtaa kärsimystä kokevan potilaan toiveen taustan selvittämiseen ja yksilöllisten tarpeiden mukaiseen hoitoon. Kansainvälinen palliatiivisen hoidon yhdistys (International Association for Hospice and Palliative Care, IAHPC) on kannanotossaan pitkälti yhteneväinen EAPC:n kanssa, korostaen palliatiivisen hoidon saatavuuden turvaamista kaikkialla maailmassa (Lima 2017).

Eutanasia ja lääkäreiden professio

Belgiassa eutanasioiden lisääntymisen arvellaan heijastelevan yhteiskunnallista ja kulttuurista muutosta, joka painottaa autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta. Eutanasiaa ei kuitenkaan voida nähdä pelkkänä itsemääräämisoikeutena, sillä päätökseen ja suoritukseen osallistuu toinen henkilö – lääkäri (Kanadassa myös erityiskoulutettu sairaanhoitaja). Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen mukaan kuolema ei ole yksilön perusoikeus siten että se velvoittaisi toista ihmistä aktiiviseksi toimijaksi (www.echr.coe.int/Documents/Reports_Recueil_2002-III.pdf).

Kansalaiset ovat lääkäreitä eutanasiamyönteisempiä niin Hollannissa kuin Suomessa. Silti Hollantilaisista lääkäreistä vain joka seitsemäs vastustaa eutanasiaa tai lääkäriavusteista itsemurhaa (Kouwenhoven 2013). Myös kriittisiä kannanottoja indikaatioiden laajenemisesta on esitetty eutanasiapäätöksiin osallistuvien konsultaatiolääkäreiden toimesta. He kokevat olevansa enemmän potilaiden ja perheiden toiveiden toteuttajia kuin hoitavia lääkäreitä ja ei-lääketieteellisistä syistä esitetyt eutanasiapyynnöt ja eutanasialainsäädännön reunaehtojen laimentaminen koetaan ongelmaksi (Snijdwind 2016, Yang 2016). Hollannissa satunnaisesti valitulta 2100 lääkäriltä kartoitettiin eutanasiapyyntöjen arviointiin mahdollisesti liittyneitä ongelmia. Kärsimyksen kestättömyyden määrittelyn oli kokenut vaikeaksi 24 %, potilaan tilanteen toivottomuuden arvioinnin 79 % ja 58 % lääkäreistä koki epävarmuutta arvioitaessa eutanasiapyynnön vapaaehtoisuutta tai potilaan harkinnan perusteellisuutta (Buiting 2008). Hollannissa täyttä työaikaa tekevä kotilääkäri suorittaa eutanasian keskimäärin lähes kolme kertaa vuodessa (Ruijs 2012). Eutanasiaan osallistuminen on aiheuttanut lääkäreille sekä henkistä kuormittuneisuutta että toisaalta tyytyväisyyttä potilaan hoitoon sitoutumisesta (Haverkate 2001).

Lääkärin päätösvastuu eutanasiasta on vaativa ja poikkeuksellinen. Vain n. puolet eutanasiaa kannattavista suomalaisista lääkäreistä suostuisi itse suorittamaan eutanasian (Louhiala 2015). Lääkärin on mahdollista kieltäytyä tekemästä eutanasiaa sen sallimissa maissa. Toisaalta, jos eutanasia katsottaisiin Suomessa

lääkärin ammattiin kuuluvaksi, oikeus kieltäytyä siitä omaan vakaumukseen tai omaantuntoon vedoten muodostaisi poikkeuksen suhteessa kaikkiin muihin lääkärin tehtäviin, kuten raskauden keskeytykseen.

Kalteva pinta

Kaltevan pinnan (slippery slope) -käsitteellä tarkoitetaan eutanasian käytön laajenemista tilanteisiin, joissa sitä ei alun perin ollut tarkoitus käyttää. Eutanasian laillistamisen keskeisin peruste on ollut elämän loppuvaihetta elävän potilaan sietämätön fyysinen kärsimys. Viidentoista vuoden aikana raportoidut tulokset Belgiasta ja Hollannista osoittavat, ettei eutanasia rajoitu vain tähän. Esimerkkeinä kaltevasta pinnasta on pidetty muistisairaiden, alaikäisten ja psyykkisesti sairaiden eutanasioita sekä eutanasian käyttöä potilailla, joiden elinaika ei välttämättä olisi ollut lyhyt. Tapaukset edustavat suhteellisen pientä osaa kaikista eutanasioista, mutta näiden ilmiöiden olemassaolo on kiistatonta ja kaltevan pinnan teoria näyttää ainakin jossain määrin toteutuvan. Voidaan myös pohtia, onko eutanasialaki itsessään muokannut myönteisemmäksi yleistä suhtautumista kuoleman jouduttamiseen niissä maissa joissa eutanasia on laillistettu.

Lopuksi

ETENE:n tuoreen kannanoton mukaan eutanasian tarve voidaan arvioida vasta, kun laadukas palliatiivinen hoito on Suomessa tasapuolisesti saatavilla (<http://etene.fi/lausunnot-ja-kannanotot>). Eutanasian kannattajat puolestaan katsovat, ettei paraskaan saattohoito lievitä kaikkien kuolevien kärsimystä ja siksi eutanasia tulisi sallia. Palliatiivisen hoidon kehittämistarpeesta keskustelun osapuolet ovat samaa mieltä. Eutanasialainsäädäntö vaikuttaisi joka tapauksessa yhden ihmisen eutanasiapäätöstä laajemmin. Lääkärit joutuvat pohtimaan eutanasiakysymystä monipuolisesti. Julkaistun tiedon valossa kirjoittajat suhtautuvat eutanasian laillistamiseen kriittisesti.

Ydinasiat

- Kärsimyksen lievitys on lääkärin perustehtävä, mutta eutanasiaa ei voi sellaisena pitää.
- Eutanasioiden määrä on kasvussa sen sallimissa maissa.
- Eutanasian käyttö on laajentunut lyhyen ennusteen potilaita laajemmalle.
- Eutanasia ei ole itsemääräämiskysymys, sillä sen kriteereiden täyttymisen arvioi ja elämän lopettamisen suorittaa toinen ihminen.
- Ensisijaista on turvata laadukas ja tarvelähtöinen palliatiivinen hoito kaikille kansalaisille.

Avainsanat: eutanasia, lääkäriavusteinen itsemurha, autonomia, professio, palliatiivinen hoito, saattohoito

Summary

Euthanasia

Relieving patients' suffering is foremost duty for doctors. Whether euthanasia would be necessary to ease difficult suffering or not, has been extensively discussed in Finland. As euthanasia should not be considered only as a philosophical question, this article summarizes studies and reports published in jurisdictions where euthanasia and/or assisted suicide have been legalized and aims to offer data for further discussion among doctors. Rising euthanasia rates and signs of extending euthanasia practices from severely ill patients to other conditions -such as patients with psychiatric diagnoses or elderly people with multiple geriatric diseases without evident limited life expectancy- reveal some complexity of the theme. Authors do not support euthanasia legislation, but promote doctors' education in palliative care and patients' equal access to specialized palliative care services in Finland.

Taulukko 1. Eutanasiakeskusteluun liittyviä käsitteitä.

Termi	Määritelmä	Suhde kuolemaan ja kärsimykseen
Eutanasia	Potilaan surmaaminen hänen toistuvasta, vapaaehtoisesta ja oikeustoimikelpoisesta pyynnöstään kuolettavalla lääkeaineella.	Tarkoituksena on tuottaa potilaan kuolema kärsimyksen poistamiseksi.
Avustettu itsemurha	Henkilön auttaminen itsemurhan tekemisessä.	Tarkoituksena on tuottaa henkilön kuolema.
Lääkäriavusteinen itsemurha	Itsemurhassa avustaa lääkäri määräämällä ja annostelemalla kuolettavan lääkkeen, jonka potilas itse ottaa.	Tarkoituksena on tuottaa potilaan kuolema kärsimyksen poistamiseksi.
Hoidon rajaaminen	Hoidosta pidättäytyminen tai hoidon lopettaminen tilanteessa, jossa hoito on hyödytöntä tai siitä arvioidaan olevan enemmän haittaa kuin hyötyä.	Tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää kärsimystä hyväksyen tarvittaessa potilaan kuoleminen sairauteensa.
Palliativinen hoito	Parantumattomasta tai henkeä uhkaavasta sairaudesta kärsivän potilaan ja hänen läheistensä hoitaminen. Tavoitteena on lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä sekä vaalia elämänlaatua.	Tarkoituksena on hoitaa kärsimystä jouduttamatta tai viivyttämättä kuolemaa.
Saattohoito	Palliativinen hoito kuoleman läheisyydessä (viimeiset elinpäivät tai -viikot).	Tarkoituksena on hoitaa kärsimystä jouduttamatta tai viivyttämättä kuolemaa.
Palliativinen sedaatio	Potilaan tajunnan tason alentaminen, jos sietämättömiä oireita ei muulla tavoin saada lievitetyksi.	Tarkoituksena on hoitaa kärsimystä jouduttamatta tai viivyttämättä kuolemaa.

Taulukko 2. Eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan sallivat maat sekä mahdollistamisen ajankohta.

	Eutanasia täysi-ikäisille	Eutanasia alaikäisille	Lääkäriavusteinen itsemurha	edellytyksenä kuolemaan johtava sairaus
Sveitsi	ei	ei	1942 ³	ei
Hollanti	2002	2002 ¹	2002	ei
Belgia	2002	2014	2002 ²	ei (aikuisilla)
Luxemburg	2009	ei	2009	kyllä

USA: - Oregon - Washington - Montana - Vermont - California - Colorado	ei	ei	1997 2009 2009 2013 2015 2016	kyllä
Kolumbia ⁴	2015	ei	2015	kyllä
Kanada	2016	ei	2016	kyllä

¹Sallittu ≥ 12 vuotiaalle (< 16 vuotiailta vanhempien suostumus).

²Katsotaan sisältyvän eutanasiakäytäntöön, vaikka ei ole erikseen laissa määritelty

³Myös muu henkilö kuin lääkäri voi avustaa itsemurhassa

⁴Dekriminalisoitu jo 1997, mutta käytännössä toteutettu vasta 2015. Vain yksittäisiä tapauksia raportoitu. Lähteet: Dyer 2015, Radbruch 2016, Verhofstadt 2017)

Taulukko 3. Eutanasian laillisuuskriteerit Belgiassa (BE) ja Hollannissa (HO)

Keskeisimmät vaatimukset

Potilaan eutanasiapyynnön tulee olla vapaaehtoinen, vakaasti harkittu (BE/HO); toistuvasti esitetty, eikä se saa olla tulosta ulkopuolisesta painostuksesta

Potilaan tila on lääketieteellisesti toivoton ja se aiheuttaa kestämatöntä ja jatkuvaa fyysistä tai psyykkistä kärsimystä jota ei voida lievittää, aiheuttajana on vakava parantumaton sairaus tai onnettomuus (BE)

Potilaan kärsimys on jatkuvaa ja sietämätöntä (HO)

Lääkärin täytyy informoida potilasta sairaudentilasta ja ennusteesta (prospects) (BE/HO)

Lääkäri ja potilas tekevät johtopäätöksen että parantumista ei ole odotettavissa (no reasonable prospect of improvement) (BE/HO)

Lääkärin täytyy päättää potilaan elämä lääkkeellä teknisesti sopivalla tavalla (HO)

Prosessia koskevat kriteerit

Hoitavan lääkärin täytyy konsultoida toista lääkäriä ennen prosessin edistämistä (BE/HO)

Lääkärin täytyy ilmoittaa eutanasia seurantaelimelle (BE/HO)

Muokattu lähteestä: Smets ym. 2009.

Taulukko 4. Eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan perusteena olleet sairaudet ja potilaiden ikäjakauma Hollannissa vuonna 2016.

Yhteensä	6019
Sairaus, n (%)	
Syöpä	4137 (68)
Neurologinen sairaus	411 (7)
Sydän ja verenkiertoelimistön sairaus	315 (5)
Keuhkosairaus	214 (4)
Geriatrinen sairaus ”multiple geriatric syndromes”	244 (4)
Dementia	141 (2)
Psykiatrinen sairaus	60 (1)
Usea samanaikainen yllä mainittu sairaus	465 (8)
Muut sairaudet	104 (2)
Ikä, n (%)	
≤ 30 v. ¹	16 (0,3)
30 – 60 v.	827 (14)
60 – 70 v.	1408 (23)
70 – 80 v.	1831 (30)
80 – 90 v.	1487 (25)
≥ 90 v.	522 (9)

¹Yksi alle 18 v.

Muokattu lähteestä: Regional euthanasia review comitee. Annual report 2016.

Taulukko 5. Psykiatriset syyt eutanasiaan tai lääkäriavusteiseen itsemurhaan Hollanissa 2011-2014.

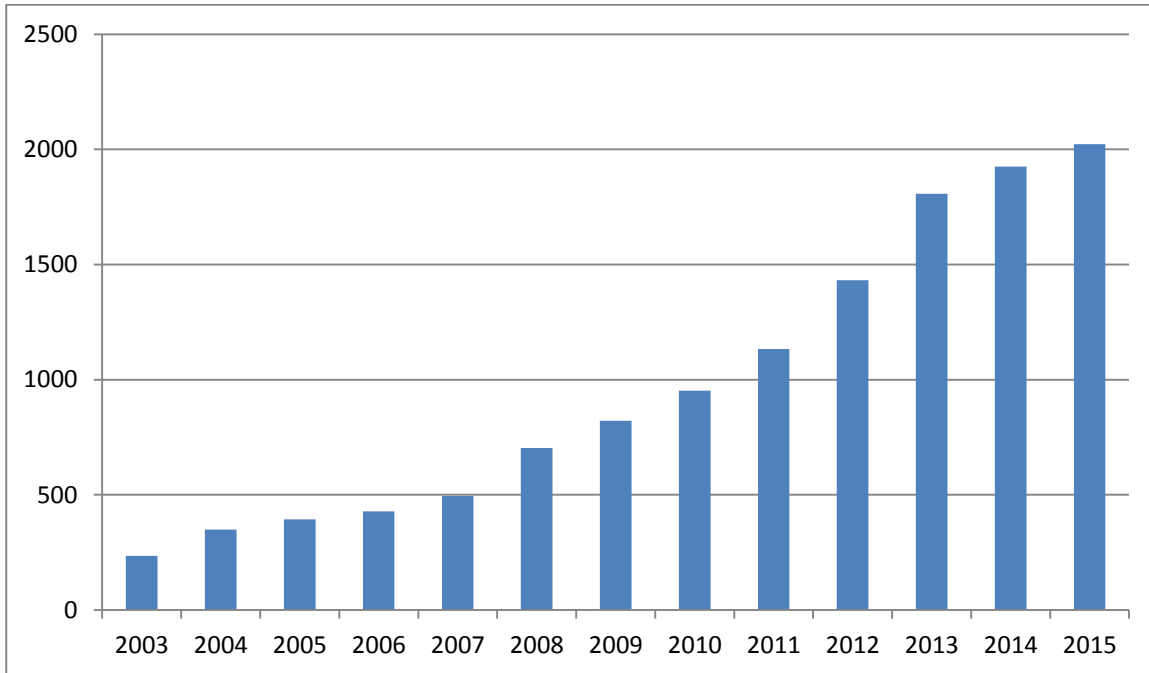
Psykiatrinen tila	Lukumäärä (%)*
Depressio, mukaan lukien psykoottiset piirteet	41 (35)
Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, fobiat, pakko-oireinen häiriö, paniikkihäiriö	15 (13)
Posttraumaattinen stressi	13 (11)
Psykoottiset häiriöt (skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, määrittämätön psykoosi [®])	9 (8)
Somatoforminen häiriö, kipusyndrooma, hypokondria	8 (7)
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	7 (6)
Riippuvuusongelma	6 (5)
Syömishäiriö	4 (3)
Kehitysvamma, aivoverenkiertohäiriön jälkitila, aivotuumorin jälkitila	4 (3)
Muut syyt (esim. autismi, pitkittynyt suru, kleptomia)	10

* Lukujen summa ei ole 66 koska samalla potilaalla on voinut olla useampi sairaustila

[®] Poislukien psykoottinen depressio, joka sisällytetty depressio-osuuteen

Muokattu lähteestä: Kim ym. 2016.

Kuva 1. Seurantakomitealle raportoitujen eutanasiatapausten lukumäärä Belgiassa 2003–2015.



Muokattu lähteistä: Dierickxs ym. 2016, Murphy 2017.

Viitteet

Appel J. A duty to kill? A duty to die? Rethinking the euthanasia controversy of 1906. *Bull Hist Med.* 2004;78:610-34.

Beaufort I, van de Vathorst S. Dementia and assisted suicide and euthanasia. *J Neurol.* 2016; 263: 1463–1467.

Bettin H, Nowak A, Rocca M ym. *Wien Med Wochenschr* 2017; Discussing euthanasia in two German states: scientific terminology and public discourse in the German Democratic Republic and the Federal Republic of Germany. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0591-1>

Bollen J, de Jongh W, Hagens J ym. Organ Donation After Euthanasia: A Dutch Practical Manual. *Am J Transplant* 2016; 16: 1967–1972

Bosshard G, Zellweger U, Bopp M et al. Medical end-of-life practices in Switzerland: a comparison of 2001 and 2013. *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):555-556.

Bravo G, Rodrigue C, Thériault V ym. Should Medical Assistance in Dying Be Extended to Incompetent Patients With Dementia? Research Protocol of a Survey Among Four Groups of Stakeholders From Quebec, Canada. *JMIR Res Protoc* 2017 DOI: 10.2196/resprot.8118

Buiting H, Gevers J, Rietjens J ym. Dutch criteria of due care for physician-assisted dying in medical practice: a physician perspective. *J Med Ethics.* 2008 Sep;34(9):e12. doi: 10.1136/jme.2008.024976.

Calobro R, Naro A, De Luca R ym. The Right to Die in Chronic Disorders of Consciousness: Can We Avoid the Slippery Slope Argument? *Innov Clin Neurosci.* 2016; 13: 12–24.

Chambaere K, Bilsen J, Cohen J ym. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ.* 2010; 182: 895-901.

Cuman G, Gastmans C. Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *Eur J Pediatr* 2017; 176: 837–847

Dierickx S, Deliens L, Cohen J ym. Comparison of the Expression and Granting of Requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1703-1706.

Dierickx S, Deliens L, Cohen J ym. Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. CMAJ 2016; DOI: 10.1503/cmaj.160202

Dierickx S, Deliens L, Cohen J ym. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. BMC Psychiatry. 2017;doi: 10.1186/s12888-017-1369-0

Dyer O, White C, Rada A. Assisted dying: law and practice around the world. BMJ 2015; doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4481>

Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA 2016, 316(1):79-90.

Ezekiel J, Onwuteaka-Philipsen B, Urwin J ym. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA. 2016;316:79–90.

Federal Control and Evaluation Committee on Euthanasia, Seventh report to the Parliament (2014–2015) http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/7_euthanasie-verslag_2014-2015-nl.pdf

Florin B. Extending' euthanasia to those 'tired of living' in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians' assessment of a patient's request for death. Health Policy. 2018; 122:315-319. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.01.007.

Groenewoud J, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Willems D, van der Maas P, van der Wal G. Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands. N Engl J Med 2000; 342:551-556.

Hall W, Parker M. The need to exercise caution in accepting addiction as a reason for performing euthanasia Addiction. 2017; DOI: 10.1111/add.14025

Hanuske-Abel H. Not a slippery slope or sudden subversion: German medicine and national socialism in 1933. BMJ. 1996; 313: 1453-63.

Haverkate I, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B ym. The emotional impact on physicians of hastening the death of a patient. *Med J Aust* 2001; 175: 519-22.

<http://etene.fi/lausunnot-ja-kannanotot>

Kim S, De Vries R, Peteet J. Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands. *JAMA Psychiatry* 2016; 73:362-368.

Kompanje E, Epker J, Bakker J. Hastening death due to administration of sedatives and opioids after withdrawal of life-sustaining measures: even in the absence of discomfort? *J Crit Care*; 2014, 29: 455-456.

Koopman J, Putter H. Regional variation in the practice of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. *Neth J Med*. 2016;74:387-394.

Kouwenhoven P, Raijmakers N, van Delden J ym. Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: a mixed methods approach. *Palliat Med* 2013; 27: 273–80.

Lima L, Woodruff R, Pettus K ym. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *J Palliat Med* 2017; 20): 8–14.
doi: 10.1089/jpm.2016.0290

Loggers E, Starks H, Shannon-Dudley M ym. Implementing a Death with Dignity Program at a Comprehensive Cancer Center. *N Engl J Med* 2013; 368:1417-1424.

Louhiala P, Enkovaara H, Halila H, Palve H, Vanska J. Finnish physicians' attitudes towards active euthanasia have become more positive over the last 10 years. *J Med Ethics* 2015, 41(4):353-355.

Miller D, Kim S. Euthanasia and physician-assisted suicide not meeting due care criteria in the Netherlands: a qualitative review of review committee judgements. *BMJ Open* 2017; doi:10.1136/bmjopen-2017-017628.

Murphy S. Euthanasia reported in Netherlands: statistics compiled from the Regional Euthanasia Review Committees' Annual Reports. Protection of Conscience Project, August, 2017

Onwuteaka-Philipsen B, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C ym. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2012; 380: 908-915.

Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls *Curr Oncol.* 2011 Apr; 18(2): e38–e45.

Radbruck L, Leget C, Bahr P ym. Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2016; 30: 104-116.

Regional Euthanasia Review Committees Annual Report 2016. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>.

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; doi: 10.1136/bmjopen-2017-016659.

Ruijs C, Kerkhof A, van der Wal G ym. The broad spectrum of unbearable suffering in end-of-life cancer studied in Dutch primary care. *BMC Palliat Care* 2012 doi: 10.1186/1472-684X-11-12.

Sheehan K, Gaiend K, Downar J. Medical assistance in dying: special issues for patients with mental illness. *Curr Op Psychiatry* 2017; 30: 26-30.

Smets T, Bilsen J, Cohen J ym. The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: Legal notification, control and evaluation procedures. *Health Policy* 2009; 90:181-187.

Smets T, Bilsen J, Cohen J ym. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ.* 2010; doi: 10.1136/bmj.c5174.

Snijdewind M, Willems D, 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.

Snijdewind M, van Tol D, Onwuteaka-Philipsen B ym. Developments in the practice of physician-assisted dying: perceptions of physicians who had experience with complex cases. *JMedical Ethics* doi: 10.1136/medethics-2016-103405

Sprung C, Cohen S, Sjøkvist P ym. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units The Ethicus Study. *JAMA* 2003; 290:790–797. doi:10.1001/jama.290.6.790

Van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years. *NEJM* 2017; 377: 492-494.

Van Der Wal G, Van Eijk J, Leenen H ym. Euthanasia and Assisted Suicide. I. How Often is it Practised by Family Doctors in the Netherlands? *Fam Pract* 1992; 9: 130–134.

Verhagen E, Sauer P. The Groningen Protocol — Euthanasia in Severely Ill Newborns. *N Engl J Med* 2005; 352:959-962.

Verhofstadt M, Thienpont L, Peters G. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2017; 211: 238–245.

Vincent J-L, Schets M, De Waele J ym. “Piece” of mind: End of life in the intensive care unit Statement of the Belgian Society of Intensive Care Medicine. *J Crit Care* 2014; 29: 174-175.

www.echr.coe.int/Documents/Reports_Recueil_2002-III.pdf

www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-sep-2017.html

www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/euthanasia-in-the-netherlands.htm

Yang Y, Curlin F. Why Physicians Should Oppose Assisted Suicide. *JAMA* 2016; 315:247–248.

Zoech I. Named: the baby boy who was Nazis' first euthanasia victim. The Telegraph 12.10.2003