

Lääkärit ja kuoleman kohtaamattomuus

Suvi Ronkainen

Lapin yliopisto

Tässä ajassa kuoleman merkitys sekä lääketieteellisen osaamisen suhde kuolemisessa auttamiseen on monin tavoin lainsäädännöllisen säätelyn ja lääkäreiden keskustelun aiheena. Siksi kuolemaan liittyvät kysymykset olivat alkuvuoden 2021 lääkäripäivien yksi esiin nostettu teema. Osallistuin lääkäripäivien *Elämän loppu – oma valinta* luento- ja keskustelukokonaisuuteen, joka pyrki avaamaan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon sekä lääkäriavusteiseen itsemurhaan liittyvää keskustelua. Nostan seuraavassa kuvauksessani esiin keskustelun piirteitä. Kiinnitän huomiota siihen tapaan, jolla elämän ja kuoleman rajoja sekä lääkärin toimintaa lääkärinä merkityksellistetään. Tarkoitukseni on yksinkertaisesti jäsentää käytyä keskustelua. Teen sitä ulkopuolisena kuuntelijana, jonka tavoitteena oli ymmärtää lääketieteen ajattelutapoja osana kuoleman sosiaalisten merkitysten hahmottamista. Kuunteluni ohjaa kysymys vastuunotosta. Tiivistävän analyysini pohjana on sekä tilaisuuteen osallistuminen että niiden aukikirjoittaminen tallenteita käyttäen.

Taustaksi – miksi lääkäreiden käsityksillä on väliä

Vuonna 2014 jätettiin loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Kyse oli jo tuolloin laajasta ajattelutavan muutoksesta, joka sisälsi keskustelua elämän lopusta ja siihen liittyvästä oikeudellisesta näkökulmasta. Loppuraportin ehdotukset jäivät kuitenkin käsittelemättä eduskuntakauden vaihtuessa. Sen rinnalle ilmaantui kansalaisten käynnistämä Eutanasia-aloite (2017), jonka eduskunta hylkäsi vuonna 2018. Hylkäys johti puolestaan uuden laajapohjaisen lainsäädännön asiantuntijaryhmän perustamiseen. Tämän *Elämän loppuvaiheen hoito* -asiantuntijatyöryhmän pitäisi – asetuksen mukaan – selvittää elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa, itsemääräämisoikeutta sekä saattohoitoa ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita ja tarvittaessa antaa selvitystyön pohjalta eduskunnalle ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi viimeistään 30.6.2021. (STM 2018.) Selvitystyön ja ehdotusten rinnalla STM on käynnistämässä uudelleen aikanaan kesken jäänyttä asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta koskevaa lainvalmisteluhanketta. Kokonaisuuteen, samoin kuin lainsäädännön sekä toimintakentän mahdollisiin muutoksiin kuuluu myös se, että elämän jatkamisen ja elossa pysymisen säätelyyn vaikuttaa Suomessa Euroopan ihmisoikeussopimus. Sen ytimessä on oikeus elämään (2. artikla), joka nähdään oikeustieteellisessä tulkinnassa selkeästi oikeutena, ei velvollisuutena. Jokaisen ihmisen oikeus päättää elämänsä lopusta kuuluu yksityiselämän suojan piiriin (8. artikla). Elämme lisäksi ajassa, jossa EU:n yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla (2010), on johtanut monenlaisten tarkentavien keskustelujen tarpeeseen samalla kun nopeasti kehittyvä biolääketiede tuottaa tilanteita, joissa kysymys elämän ja kuoleman sekä yksilön ja fysiikan rajoista pakottavat tarkastelemaan ihmisen elossa pysymistä uusilla tavoilla. Suomessa elämme juuri nyt tilanteessa, jossa lainsäädännöllinen muutostyö kohtaa kuoleman kulttuuristen ja sosiaalisten merkitysten sekä lääketieteen jännitteitä.

Suomessa nousee esiin se, että työikäisten lääkäreiden mielipiteet lääkäriavusteisesta itsemurhasta ovat muuttuneet selkeästi sallivammiksi mutta myös jakautuneemmaksi. Jakautuneisuudesta kertoo Lääkäriliiton loppuvuodesta 2020 jäsenistölleen tekemä sähköinen kysely. Vastanneista, työikäisistä lääkäreistä puolet vastusti ja puolet kannatti eutanasia (Lääkäriliitto 2020). Lääkäreiden jakautuneisuus näkyy myös konkreettisessa toiminnassa. Lääkäriliitto on viimeisimmässä lainsäädäntöön liittyvässä kannanotossaan (ks. Lääkäriliitto 2021) ottanut erittäin jyrkän ja kielteisen linjan eutanasian laillistamisesta. Samalla elämme myös aikaa, jossa yhteispohjoismainen vaatimus lääketieteellisen kuolinavun sallimiseksi on julkaistu 27.1.2021 (ks. OAK ry 2021). Kuitenkin suuren enemmistön mielipiteet jäivät hämäräksi. Edellä mainittuun lääkäriiliiton kyselyyn jätti vastaamatta kolme neljäsosaa liittoon kuuluvista. Se, mihin suuntaan heidän ajattelunsa kulkee, on asia, jolla on suuri merkitys.

Äärikannanottoja kuolemaan vai lääkäreiden työn merkitykseen?

Lääkäripäivien *Elämän loppu – oma valinta* -iltapäivä 14.1.2021 rakentui selkeästi kokonaisuudeksi, jolla pohjustettiin ääripäiden edustajina esiteltyjen puhujien, Juha Hännisen ja Reino Pöyhiän keskustelua. Juha Hänninen on toiminut ylilääkärinä Terhokodissa, josta hän on jäänyt eläkkeelle. Hänninen on siirtynyt eläkkeelle jäämisen jälkeen toimimaan myös Docratesissa, joka tarjoaa syöpäsairaille oireita lievittäviä hoitoja. Hän on myös Oikeus Arvokkaaseen Kuolemaan ry:n (ent. Exitus ry) hallituksen jäsen. Reino Pöyhiä toimii puolestaan Essotessa, johon hänet valittiin vuonna 2020 palliativisen keskuksen anestesian erikoislääkäriksi. Hän kuuluu Suomen lääkäriiliiton lisäksi myös Suomen Kristilliseen lääkäriseuraan (SKLS).

Juha Hänninen on yksi tunnetuimpia suomalaisia eutanasian puolestapuhujia. Kansainvälisesti katsottuna – ainakin kuuntelijan näkökulmasta ja silloin kun hänet

sijoittaa eri maiden kuolemanapupäätösten kentälle – hän on kuitenkin varsin maltillinen eutanasian puolestapuhuja. Eutanasia ja saattohoito tai palliatiivinen hoito pitäisi hänen mukaansa nähdä integroituneena kokonaisuutena. Kyse ei ole joko-tai-valinnasta, vaan silloin kun saattohoidon keinot loppuvat tai ihminen ei ole valmis ottamaan niitä vastaan, nousee kuolinavun miettiminen tärkeäksi asiaksi. Siksi keskustelu saattohoidon ja palliatiivisen hoidon muodoista ja niiden edellyttämästä lääkäreiden ja terveydenhuollon kehittämisestä tarvitsee myös rinnalleen eutanasiain valmistelun. Silloin kun saattohoidon keinot loppuvat tai ihminen ei ole valmis ottamaan niitä vastaan, on mietittävä kuolinavun mahdollisuutta. Eutanasia – silloinkin kun se sallittaisiin – tulisikin olla tiukasti rajattua. Kyse on tilanteesta, jossa on kuolemaan johtava sairaus, kuolema on nähtävissä, eikä sille ole parantavaa hoitoa, ihminen kärsii sietämättömästi ja hän on myös esittänyt useampaan kertaan vapaaehtoisesti pyyntönsä.

Reino Pöyhä edustaa puhujana selkeätä eutanasian vastustajaa. Eutanasia on hänen termistössään surmaamista ja myös pitäisi puhua surmaamisena. Termit kuolemaan avustaminen tai edes ajatus lääkäriavusteisuudesta ja itsemurhasta, ovat väärää. Eutanasiassa ollaan tarjoamassa 'myrkkyä potilaille'. Miksi lääkärin pitäisi olla siis tarjoamassa myrkkyä potilaalle, hän kysyy. Pöyhien kannanotto on selvä: Suomessa ei tulisi mennä eutanasian tai lääkäriavusteisen itsemurhan sallivalle tielle. Eutanasia ei myöskään kuulu palliatiiviseen hoitoon. Eutanasia ei kuulu lääkärin työhön, ja siksi Suomeen ei tarvita eutanasiaa tai lääkäriavusteista itsemurhaa tai ylipäätään lääkäreiden antamaa kuolinapua laillistavaa lakia. Eutanasia vaikuttakin asialta, joka – ainakin retorisesti – pitää sulkea pois lääkäreiden toiminnan kentältä.

Juha Hänninen sijoitti termin kuolinapu selkeästi ihmisoikeuksiin ja myös osaksi lääkärin työtä. Pelkojen sijaan hänen mukaansa pitäisi nähdä miten kuolinapu sallii ihmisoikeuksien vahvistamisen ja kärsimyksen vähentämiseen. Reino Pöyhälle taas pelot ovat maailma, jonka ovet avautuvat. Hänen puheessaan eutanasia on eettinen

loukkaus, kalteva pinta, joka vie uhkaavaan todellisuuteen. Eutanasia laajenee lapsiin, vammaisiin, sen seuranta ei onnistu, eutanasiaan myöskin kannustetaan. Lisäksi – toisin kuin Hännisen ja tilaisuudessa aiemmin puhuneen Mervi Katteluksen esittelemässä kartoituksessa eutanasiasta ja lääkäriavusteisesta itsemurhasta esitetään – eutanasia vaikuttaa käytännössä toteutettuna toimenpiteeltä, jossa myös usein epäonnistutaan. Eutanasian rinnalle – tai ohitse – Pöyhiä nosti nykyisten kivunhoitomenetelmien onnistuneisuuden. Lisäksi hän korosti ylipäättään lääketieteellisten lääkkeiden merkityksen: lääkkeitä ei ole hyväksytty ihmisen tuhoamiseen, joksi eutanasia pitäisi nimetä. Eutanasia ei siis Pöyhiän mukaan ole, eikä sen tule ollakaan lääkärin työtä.

Eutanasia ei Pöyhiän alustuksen mukaan liity hoitoon, eikä sitä pitäisi linkittää lääkäreiden tai lääketiedettä hyödyntävän toiminnan kehittämiseen. Hänninen puolestaan toteaa, että lääkärikunta on se, jolla on jo koulutukselliset edellytykset eutanasian toteuttamiseen. Vaikka tilanne olisi se, että lääkäreillä ei ole ”koulutusta ihmisen surmaamiseen tai lääkkeitä siihen, niin me voimme kouluttaa ihmisiä ja hankkia lääkeaineita”. Itse asiassa juuri lääkäreiden osaaminen ja vastuullinen asiantuntijuus on puheenvuoro eutanasian puolesta. Sen avulla eutanasiasta tulee valvottua, säädeltyä ja kontrolloitua eikä kyse ole yksityisen kentän toiminnasta. Keskustelijoiden näkemys lääkäreiden työstä olikin hyvin jakautunut.

Keskustelijoilla vaikutti myös olevan varsin erilainen näkemys siitä, mitä kivun lievityksellä tarkoitetaan ja miten se liittyy osaksi lääkäreiden työtä. Molempia puhujia oli pyydetty keskustelemaan kärsimyksestä. Pöyhiän mukaan nykyiset kivunhoitomenetelmät ovat jo erinomaisia. Lisäksi lääkärin velvollisuus on auttaa potilasta elämään paremmin eikä tuhoutumaan Eksistentiaalinen kärsimys puolestaan on asia, joihin lääkäriellä ei ole työkalua eikä keinoja. Hänninen oli osin samaa mieltä lääkäreiden ja lääketieteen rajallisuudesta suhteessa koetun kärsimyksen määrään, johon termillä eksistentiaalisuus viitataan. Hänen mukaansa kärsimyksen arvioiminen on moniammatillista. Mutta se ei ole asia, josta lääkärikunta voisi sanoa itsensä irti vaan

toisinpäin: jos todetaan ettei lääketieteellä ole keinoja eksistentiaalisen kärsimyksen tai vaikean, kuolemaan johtavan sairauden psyykkisen kärsimyksen hoitamiseen, niin sehän itse asiassa on perustelu sille, miksi eutanasiaa tarvitaan. Se – siis lääketieteen kyvyn loppuminen – ei ole perustelu poissulkea eutanasiaa lääkäreiden toimintaan kuuluvana osaamisena.

Keskustelussa puhujien käyttämä retoriikka ja argumentointitavat olivat varsin erilaiset. Kuitenkin niiden perusteella vaikuttaisi siltä, että eutanasian yhteydessä käydään tiukkaa kamppailua lääkäreiden ja lääketieteen toiminnan logiikasta. Mitä lääkäreiden työhön kuuluu, mitä lääketieteellä voidaan (tietoon perustuvana toimintana?) perustella. Keskustelussa läsnä on lääkäri ja sairaus, jonka suhteen lääketieteellä on selkeä määrittelyvalta. Sen sijaan kysymys *vastuusta* vaikuttaa varsin hämärältä. Ulkopuolisen kuulijan korvin myös kysymys tiedon roolista osana periaatteellisia valintoja, on asia, joka jää hämäräksi. Samat esimerkit, samat numerotiedot, samat maat kertoivat sekä eutanasian epäonnistumisesta kuin myös onnistumisesta tavalla, jossa elämän arvostus vahvistuu.

Lääketieteen etiikka ja toiminnan nimeäminen

Lääketieteen etiikka ja ylipäätänsä kysymys siitä, miten ihmisten itsemääräämisoikeus tulisi hoitoratkaisujen osana ymmärtää on alue, joka on saanut monia merkityksiä jatkuvasti tuotteistuvassa sekä erityyppiseen ennakointiin suuntautuvassa terveydenhuollossa. Paternalismista, eli toimijan vapautta ja autonomisuutta ylhäältä tulevalle holhoamisella rajaamisesta, lääkäreiden pitäisi nykyajattelun mukaan siirtyä potilaan oman näkemyksen, sekä potilaan tilanteen ja etujen kunnioittamiseen. Kyse on myös itsemääräämisoikeuden hahmottamisesta. Tätä avasi lääketieteen etiikan

professori Veikko Launis Turun yliopistosta puhumalla potilaan ja lääkäriprofession autonomiasta sekä moraalisen autonomian erilaisista muodoista.

Autonomia ymmärretään yleisesti riippumattomuutena ulkoisista rajoitteista sekä vapautena toimia itsenäisesti. Siitä ei kuitenkaan seuraa oikeutta toimia omalakisesti. Autonomialla on omat luonnollisena muotoutuvat rajansa. Kiinnostavaksi Launin puheessa nouseekin dynamiikka, joka syntyy lääkäriprofession autonomian sekä potilaan ja lääkärin moraalisen autonomian välille. Lääkäriprofession autonomia pohjaa sopimukseen yhteiskunnan ja lääkäreiden ammattikunnan välillä. Kyse on pitkästi velvollisuuksista, oikeuksista sekä pyrkimyksestä toimintakentän itsesäätelyyn kontrolliin. Sen sijaan sekä potilaan että lääkärin *moraalisessa* autonomiassa mennään pitkälti potilaan ja lääkärin (toimija)roolin ja aseman edellyttämän tilanteen hahmottamiseen. Yksinkertaisimmillaan potilaan moraalinen autonomia on itsemääräämisoikeus. Se ei kuitenkaan anna oikeutta vaatia hoitoa, jota lääketiede ei perustelee. Lääkärin moraalisen autonomian keskiössä on kyky hoidon aiheellisuuden arviointiin tasa-arvoisella tavalla. Ikääntyminen sinänsä, totesi Veikko Launis, ei ole perustelu hoitamatta tai elvyttämättä jättämiselle. Kaikki päätökset, myös elvyttämättä jättämispäätös pitäisi lääkärin moraalisen autonomian näkökulmasta perustua lääketieteellisiin arvioihin ja potilaan tilanteeseen.

Lääketieteen etiikka vaikuttaa selkeältä, mutta ongelmaksi – ainakin minulle, luennon kuuntelijana sekä Seppo Vainion (2014) ”Kuoleman ja kuolemattomuuden biologia” ja Kaarina Kosken (2014) ”Sosiaalinen kuolema” artikkelit lukeneena – nousee kysymys siitä, miten kuolema, joka on biologisesti osa ihmisruumiin rakennetta, tulee ymmärtää osana terveydenhuoltoa ja lääketieteen logiikkaa. Miten laitoksissa kuolemaansa jopa vuosia odottavat potilaat ja vanhukset, ja miten ylipäättään ’me muut’ ymmärrämme esimerkiksi kuolemaa ennakoivan liminaalitalan keston pidentymisen. Entä miten nämä molemmat alueet nivoutuvat sosiaaliseksi kuolemaksi nimettävään prosessiin, jossa kuolevan aktiivinen rooli yhteisössä lakkaa ja hän irtaantuu sen jäsenyydestä.

Lääketieteen ja biolääketieteen yksi suurista kysymyksistä onkin se, millaisella tavalla elossa pitämisen sekä elämän ja kuoleman suhdetta sairaus- ja terveydenhuolloksi kutsutun kentän kehittyminen muuttaa.¹

Merkitysten ja ajattelutapojen muotoutuminen nivoutuu siihen logiikkaan, jolla lääketieteellistä termistöä pyritään muuttamaan ja vakiinnuttamaan. Muuttamisella ja vakiinnuttamisella on käytännöllisiä seurauksia erityisesti silloin kun niitä viedään osaksi lainsäädäntöä. Lait eivät ole vain lakeja, vaan kyse on myös yhteiskunnan ja valtioiden ylläpitämistä sosiaalisen hallinnan keinoista. Pihlajanlinnassa yleis- ja yksityislääkärinä toimiva Kalle Mäki tarjosi kuulijoille termit luonnollinen kuolema, kuolinapu, avustettu itsemurha ja eutanasia kysyen, käytetäänkö termiä kuolinapu väärin. Termi kuolinapu voidaan hänen mukaansa ymmärtää monella tavalla ja se on epäselvä ja ristiriitainen. Terminä kuolinapu voi tarkoittaa eutanasiaa, lääkäriavusteista tai avustettua itsemurhaa, hoidosta luopumista tai kuolevan potilaan oireiden helpottamista palliatiivisen hoidon keinoin. Termiä ei hänen mukaansa tulisi käyttää sillä siihen liittyvät merkitykset ovat eettisesti ristiriitaisia. Eutanasian Mäki määritteli puheessaan selkeästi aktiivisena surmaamisena, joka ei – esitetyn määritelmän perusteella – ole eettisesti perusteltua. Ja koska eutanasia on aktiivinen teko, ei ilmausta passiivinen eutanasia tulisi käyttää. ”Passiivinen eutanasia on terminä sisäisesti ristiriitainen. Sitä voisi verrata termiin passiivinen marathon”, Mäki esitti kiteytyksenä.

Kiteytys on kiinnostava. Nimittäin passiivinen eutanasia sanalla viitataan yleisemmässä puheessa tilanteisiin, joissa parantumattomasti sairas potilas kieltäytyy hoidoista tai tietyistä hoitotoimenpiteistä jotka – hänen toiveistaan – lopetetaan. Potilas on siis aktiivinen ja käyttää itsemääräämisoikeuttaan myös tilanteissa, joissa hoidon lopettaminen merkitsee eliniän lyhenemistä ja kuolevaisuuden kohtaamista. Jos eutanasian ymmärtää aktiivisena surmaamisena, jota ei saa tehdä, mutta potilas, joka

¹ Artikkelit löytyvät kirjasta Outi Hakola, Sari Kivistö ja Virpi Mäkinen, toim., *Kuoleman kulttuurit Suomessa*, Tallinna: Gaudeamus, 2014.

hoidosta kieltäytymällä osoittaa aktiivista toimijuutta, niin eikö hän oikeastaan potilaana olekin aktiivisesti irtaantumasta maratonista, jonka dynamiikka on lääketieteen hallinnassa?

Pyrkimys sanaston puhdistamiseen alkaa vaikuttaa näkökulmavalintoja ja todellisuuden tulkintatapoja piilottavalta, kun sen rinnalle nostaa Sosiaali- ja terveysministeriön hallitusneuvoksen, OTM Kirsi Ruuhosen puheen tavan hahmottaa ihmisen itsemääräämisoikeutta. Hänen puheessaan keskeisellä sijalla oli termi kuolinapu ja nimenomaan tavalla, jossa termin neutraalius korostuu. Kuolinapu terminä kattaa sekä avustetun itsemurhan että eutanasian kuin myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eri muodot. Termin käyttö mahdollistaa laaja-alaisen keskustelun samalla kun sen avulla voidaan myös puhua kuolinavusta osana terveydenhuollon toimintaa. Lainsäädännöllisesti terveydenhuoltolain mukaan kansalaisilla on oikeus vain terveyttä ylläpitäviin ja edistäviin toimenpiteisiin. Tämän tiukan tulkinnan mukaan esimerkiksi abortit on nostettu esiin asioina, jotka eivät ole terveydenhuoltolain edellyttämiä palveluja ja joihin potilaalla olisi oikeus. Ruuhosen puheessa abortti oli vain yksi esimerkki siitä, miten kansalaisyhteiskunnaksi katsottavien terveyttä ylläpitävien ja niitä edistävien palvelujen määrittely ei ole puhtaasti lääketiedettä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakentumisen näkökulmasta on helppo todeta, että kyse on myös politiikasta ja siihen nivoutuvasta kulttuurisesta, sosiaalisesta ja taloudellisesta neuvottelusta.

Elämän, kuoleman ja elossa pitämisen eettisyys osana lääkäreiden toimintaa ja merkitysten monitasoisuus näkyvät niissä tavoissa, joilla eutanasiaa ja lääkäriavusteista itsemurhaa on eri puolilla maailmaa lähdetty sekä mahdollistamaan että rajaamaan. Kyse ei ole yhdenlaisesta ratkaisutavasta vaan kentästä, jossa sallittuna voi olla eutanasia, avustettu itsemurha, lääkäriavusteinen itsemurha samalla kun lääkäreiden ja avustajien roolit ovat eri tavoin määritellyt. Mervi Kattelus, Suomen lääkäriliiton terveyspolitiikan avustaja ja lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan sihteeri, kertoi

puheessaan, että viime vuosina maiden määrä, joissa lainsäädäntö sallii eutanasian, on kasvanut. Eutanasiatapausten määrätkin ovat nousseet. Aikaan sidottuna lukumäärien nousu on kuitenkin erittäin pientä ja kyse on ollut selkeästi kuoleman helpottamisesta osana hoitoa. Lisäksi, jos numerot sijoittaisi osaksi väestön määrän kasvua sekä sen ikärakenteen muuttumista – mitä puheessa ei tehty – olisi helppo todeta, että väestön määrään suhteutettuna eutanasiaan turvautuminen on vähäistä.

Lopuksi: elossa pitäminen, elämän jatkaminen ja vastuu

Luentoja kuunnellessani päädyin useaan kertaan miettimään sitä, miten elossa pitämisen ja elämän jatkamisen kohdalla kysymys vastuunotosta oikeastaan ymmärretään. Kuolinapu näyttäytyi ristiriitaisena asiana samalla kun keskustelussa mainittiin useamman kerran esiin yksi asia, josta ei kuitenkaan keskusteltu. Tämä asia on itsemurhassa avustaminen. Itsemurhan avustaminen ei ole lähtökohtaisesti Suomessa rangaistavaa, koska sitä ei ole erikseen kriminalisoitu eikä itsemurha ole lain vastaista. Avustettu itsemurha vaikuttaa myös lääkäriiliiton kannanotossa asialta, joka on hyväksyttävissä tai ainakin asiana, joka on olemassa.

Suomea kuvataan maana, jossa lääkärien oikeudet ja velvollisuudet on määritelty lainsäädännössä selkeämmin kuin esimerkiksi muissa Pohjoismaissa. Lisäksi lääkäreiden toiminta ylipäättään sidotaan uudistuvaan tietoon sekä jatkuvaan elinikäiseen oppimiseen. Samanaikaisesti kyse on alueesta, jonka dynamiikka on muuttumassa. Kyse on sekä lääketieteen kentän taloudellisen rakenteen muuttumisesta kuin myös hoidollisten toimenpiteiden teknistymisestä ja entistä spesifiempien hoitomuotojen laajenemisesta. Kuoleminen mahdollisuus tai kuoleman luonnollisuus on asia, johon lääketiede joutuu ottamaan monella tavalla tulevaisuudessa kantaa. Ainakin kyky siihen, että tutkimuksia ja hoitoja suositellessa otetaan tasapuolisesti huomioon niistä

potilaalle koituva hyöty ja mahdollinen haitta on yksi tärkeä elementti silloin kun – tai jos – elossa pitämiseen nivoutuu myös elämän laatu.

Kirjoittaja:

Suvi Ronkainen, VTT, LY, tutkimusmenetelmien professori, joka on kiinnostunut kuoleman ja kuolevaisuuden saamista merkityksistä osana tiedolla argumentoitua päätöksentekoa ja ajattelua.

Lähteet

Hakola, Outi, Sari Kivistö ja Virpi Mäkinen, toim. 2014. *Kuoleman kulttuurit Suomessa*.
Tallinna: Gaudeamus

Koski, Kaarina. 2014. ”Sosiaalinen kuolema.” Teoksessa Outi Hakola, Sari Kivistö ja Virpi Mäkinen, toim., *Kuoleman kulttuurit Suomessa*, 107–122. Tallinna: Gaudeamus.

Lääkäriliitto. 2021. ”Eutanasia ja avustettu itsemurha.” Teoksessa Mervi Kattelus, Suvi Sariola, ym., toim., *Lääkärin etiikka*, 212–219. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
<https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/29259/laakarini-etikka-2021.pdf>

Lääkäriliitto. 2020. ”Eutanasia ja lääkäriavusteinen itsemurha vuonna 2020 -kysely.”
PDF-dokumentti. Päivitetty 10.12.2020.
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5227/sll_kysely_eutanasia_ja_laakariavustei_nen_itsemurha_vuonna_2020_final.pdf

OAK ry. 2021. ”Yleispohjoismainen vaatimus 27. tammikuuta 2021 lääkkeellisen kuolinavun laillistamiseksi.” PDF-dokumentti. http://oakry.fi/wp-content/uploads/Declaration-of-Medically-assisted-Dying_Fin.pdf

STM 2018. ”Asiantuntijaryhmä selvittää elämän loppuvaiheen hoitoa ja eutanasiaa.”
Päivitetty 5.6.2018. <https://stm.fi/-/asiantuntijaryhma-selvittaa-elaman-loppuvaiheen-hoitoa-ja-eutanasiaa>

Vainio, Seppo. 2014. ”Kuoleman ja kuolemattomuuden biologia.” Teoksessa Outi Hakola, Sari Kivistö ja Virpi Mäkinen, toim., *Kuoleman kulttuurit Suomessa*, 181–201.
Tallinna: Gaudeamus.